

Masteruppsats i offentlig förvaltning [VT 2013]

Förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet

Författare: Mats Dahlgren 590218-4638 och Jesper Johansson 861214-0056

Handledare: Stig Montin

Examinator: Osvaldo Salas

Vinnare eller förlorare?

En kvalitativ fallstudie av kömiljardens statsbidragsutfall
utifrån principal-agentteorin

Förord

Vi vill inleda med att rikta ett stort tack till de personer i landstingen som har medverkat i vår intervjustudie från Region Gotland, Region Halland, Region Skåne, Landstinget i Sörmland och Landstinget i Östergötland. Utan deras givande bidrag hade studien varit omöjlig att genomföra. Vidare vill vi tacka vår handledare Stig Montin som genom sitt mentorskap väglett oss under skrivandets gång.

Jesper Johansson och Mats Dahlgren

Göteborg 29/05 -2013

Sammanfattning

Bakgrund och problemformulering: Att ha en bra hälso- och sjukvård är en stor angelägenhet för invånarna och en prioriterad del av välfärden. De senaste åren har staten med statsbidrag i överenskommelser med Sveriges kommuner och Landsting (SKL) som representerar landstingen stimulerat och påverkat till en bättre tillgänglighet till vård. Denna nya form av styrmedel är ett intressant område att närmare undersöka utifrån hur denna relation mellan staten och landstingen påverkar tillgängligheten till vård.

Syfte och frågeställningar: Det övergripande syftet med uppsatsen är att undersöka hur staten med specialdestinerade statsbidrag i överenskommelsen för att förbättra patienters tillgänglighet till vård har påverkat landstingens styrning av hälso- och sjukvård. Den grundläggande frågeställningen behandlar om redovisade statsbidragsbelopp till landstingen i Sverige kan förklaras utifrån principal-agentteorin. För att besvara detta finns två underliggande frågeställningar där det undersöks om det finns stora skillnader i statsbidragens belopp till landstingen och på vilket sätt överenskommelsen har påverkat vårdutbudet.

Teoretisk grund: Studien utgår från principal-agentteorin vilken beskriver relationen mellan två parter, teorin har både förklarande och normerande egenskaper. Utifrån studiens teoretiska grund har fem scenarier som byggts upp för att fungera som ett analysverktyg för att förklara landstingens potentiella resultatutveckling inom en överenskommelse. Scenarierna fungerar även som ett verktyg för att välja ut de för studien fem intressanta landstingen.

Metod: Undersökningen är konstruerad utifrån en kvalitativ fallstudiedesign och klassificeras som en teorikonsumerande studie, då det är de enskilda fallets förklaringsfaktorer som ska förklaras utifrån existerande teori. Genom att studera kvantitativ data har ett urval genomförts för en kvalitativ del bestående av dokumentstudier och semistrukturerade telefonintervjuer med de fem utvalda landstingen.

Resultat och slutsatser: Det finns stora skillnader mellan landstingen i de belopp som erhålls i statsbidrag från överenskommelsen. En avgörande framgångsfaktor är att landstingen tydliggör och beslutar om en målsättning i nivå med överenskommelsens ersättningsförutsättningar. Principal-agentteorin har varit ett behjälpligt verktyg för att förklara landstingens varierande resultatutfall från kömiljarden. Användningen av teorin har resulterat i goda indikationer till varför vissa landsting lyckats bättre än andra. Undersökningen visar att staten har påverkat tillgänglighetsarbetet.

Nyckelord för studien: Kömiljarden, Principal-agentteorin, Överenskommelser, Tillgänglighet, Vårdgaranti, Landsting, Styrmedel, Statsbidrag

Innehåll

1.	Introduktion.....	1
1.1.	Inledning.....	1
1.2.	Problemformulering.....	2
1.3.	Syfte och frågeställningar.....	5
1.4.	Avgränsningar.....	6
1.5.	Kunskapsöversikt.....	6
1.5.1.	Socialstyrelsens utvärdering av vårdgarantin och kömiljarden 2009-2011.....	6
1.5.2.	Socialstyrelsen: Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2012.....	7
1.5.3.	Sammanfattning av kunskapsläget.....	8
1.6.	Fortsatt disposition.....	8
2.	Referensram.....	9
2.1.	Styrning av hälso- och sjukvården.....	9
2.1.1.	Styrning från staten.....	10
2.1.2.	Styrning inom landstinget.....	11
2.2.	Principal-agentteori.....	11
2.2.1.	Anpassning Och Tillpassning.....	14
2.2.2.	Kontroll.....	14
2.2.3.	Kontrakt.....	15
2.2.3.1.	Beteendekontrakt.....	16
2.2.3.2.	Prestationsbaserat kontrakt.....	16
2.2.4.	Principal-agentteori inom hälso- och sjukvården.....	18
2.3.	Olika scenarier vid prestationsersättning mellan agent och principal.....	21
2.3.1.	Scenario 1: Ett arbetsätt som ger en positiv resultatutveckling.....	21
2.3.2.	Scenario 2: Ett arbetssätt som ger en negativ resultatutveckling.....	23
2.3.3.	Scenario 3: Ett arbetssätt som ger en jämn resultatutveckling över tiden.....	23
2.3.4.	Scenario 4: Ett arbetssätt som ger varierande statsbidrag över tiden och har en negativ resultatutveckling 2012.....	24
2.3.5.	Scenario 5: Ett arbetssätt som ger varierande statsbidrag över tiden och har en positiv resultatutveckling 2012.....	25
3.	Metod.....	26
3.1.	Metodval.....	26
3.2.	Ansats.....	26
3.3.	Design och tillvägagångssätt.....	27
3.4.	Intervju.....	29

3.4.1.	Urval	29
3.4.2.	Intervjumetod.....	30
3.4.3.	Metodproblematik	32
3.5.	Studiens tillförlitlighet och generaliserbarhet.....	32
4.	Kömiljardens förutsättningar och resultat	34
4.1.	Insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård, "Kömiljarden" ..	34
4.1.1.	Överenskommelsen 2009.....	35
4.1.2.	Överenskommelsen 2010.....	36
4.1.3.	Överenskommelsen 2011.....	37
4.1.4.	Överenskommelsen 2012.....	39
4.1.5.	Överenskommelsen 2013.....	40
4.2.	Landstingens ekonomiska resultat för kömiljarden 2009-2012.....	41
4.2.1.	Landsting som redovisar att statsbidragen har ökat under fyraårsperioden.....	41
4.2.2.	Landsting som redovisar att statsbidragen har minskat under fyraårsperioden.....	43
4.2.3.	Landsting som redovisar att statsbidragen har varit på samma nivå under fyraårsperioden.....	44
4.2.4.	Landsting som redovisar att statsbidragen har varierat på olika nivåer under fyraårsperioden med nedgång 2012.....	44
4.2.5.	Landsting som redovisar att statsbidragen har varierat på olika nivåer under fyraårsperioden med uppgång 2012.....	46
4.3.	Sammanställning av scenarier.....	47
5.	Genomgång av scenarier och presentation av landsting	48
5.1.	Scenario 1	48
5.1.1.	Kategorisering av scenario 1.....	48
5.1.2.	Introduktion av Gotland	49
5.1.3.	Intervju med Gotland	50
5.1.4.	Analys av Scenario 1	54
5.2.	Scenario 2	56
5.2.1.	Kategorisering av scenario 2.....	56
5.2.2.	Introduktion av Sörmland.....	57
5.2.3.	Intervju med Sörmland.....	59
5.2.4.	Analys av Scenario 2	62
5.3.	Scenario 3	64
5.3.1.	Kategorisering av scenario 3.....	64
5.3.2.	Introduktion av Skåne	64

5.3.3.	Intervju med Skåne.....	67
5.3.4.	Analys av Scenario 3	71
5.4.	Scenario 4	73
5.4.1.	Kategorisering av Scenario 4	73
5.4.2.	Introduktion av Halland.....	74
5.4.3.	Intervju med Halland.....	76
5.4.4.	Analys av Scenario 4	79
5.5.	Scenario 5	81
5.5.1.	Kategorisering av Scenario 5	81
5.5.2.	Introduktion av Östergötland.....	82
5.5.3.	Intervju med Östergötland	84
5.5.4.	Analys av scenario 5	87
6.	Analys	89
6.1.	Inledande analys.....	89
6.2.	Analys utifrån de valda landstingen	92
7.	Reflektioner och Slutsats.....	96
7.1.	Vidare forskning	100
8.	Referenslista	102
8.1	Tryckta källor	102
9.	Bilaga 1	109
10.	Bilaga 2	111
11.	Bilaga 3	113

1. Introduktion

Följande avsnitt ämnar till att introducera uppsatsens inriktning, samt den problematik som omgärdar frågan. Sedan presenteras uppsatsens syfte och frågeställningar, som ligger till grund för studiens metod och upplägg. I uppsatsen kommer landsting och regioner hanteras utifrån benämningen landsting när inte något särskilt landsting eller region berörs.

1.1. Inledning

Hälso- och sjukvården är en stor angelägenhet för befolkningen och en viktig del av välfärden. Det är därför ett stort intresse kring vårdens organisering, styrning, effektivitet och produktivitet. Vården har en stor betydelse inom politiken där resurstilldelningen sker. Befolkningen har samtidigt förväntningar att få en god vård när sjukdom inträffar. (Berlin, Kastberg 2011 s.11) Hälso- och sjukvården har under de senaste 50 åren utvecklats till en mycket viktig del av både det svenska välfärdssamhället och den svenska ekonomin. Hälso- och sjukvårdens andel av bruttonationalprodukten (BNP) har successivt ökat och uppgick år 2008 till 9,4 procent. Därför har det ställts allt högre krav på kostnadskontroll och produktivitet. (Hartman 2011 s.181)

I regeringsformen framgår att den kommunala självstyrelsen är en viktig del av det svenska folkstyret. Detta innebär att en stor del av ansvaret i den svenska hälso- och sjukvården ligger på regional nivå i landstingen samt på kommunal nivå. (Berlin et al 2011 s.12) Lagregleringen av kommuners och landstings befogenheter sker i första hand i kommunallagen. Därutöver finns det speciallagstiftning för olika verksamheter. Inom hälso- och sjukvården är det i första hand hälso- och sjukvårdslagen. Detta är en ramlag som anger mål, krav och ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvården. I lagen anges att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för samtliga personer i befolkningen. De personer som har störst behov av vård ska ges företräde. (Statskontoret 2011 s.35-36)

Utöver lagregleringen styr en stor mängd förordningar och myndighetsföreskrifter verksamheten inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen är nationell expert- och tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvården och utfärdar föreskrifter, allmänna råd, nationella riktlinjer och andra rekommendationer. Annan styrning kan vara ett alternativ till reglering när statsmakterna vill styra utan att komma i konflikt med självstyret. Ett exempel på annan styrning som har använts de senaste åren inom hälso- och sjukvården är överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). (Statskontoret 2011 s.38) Intresseorganisationen Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) företräder i dessa

förhandlingar samtliga landsting och kommuner i Sverige. En viktig komponent i dessa överenskommelser är ekonomiska statsbidrag.

Överenskommelser utgör mer av ett ramverk för andra styrmedel än ett styrmedel i sig självt. En överenskommelse är en uppgörelse mellan olika parter som därmed tillsammans förbinder sig att åstadkomma något. I en överenskommelse har efter förhandling två parter undertecknat ett dokument om vad de vill åstadkomma. (Statskontoret 2011 s.31-32)

Under de senaste regeringsperioderna har antalet överenskommelser successivt ökat mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) inom hälso- och sjukvården. De har också under året ändrat inriktning och statsbidragen i överenskommelserna är numera mer prestationsrelaterade. Totalt finns det 14 stycken överenskommelser inom hälso- och sjukvården för 2013 motsvarande ca 6,3 miljarder kronor. De flesta överenskommelserna skrivs på ett år men det finns överenskommelser som sträcker sig över tre år. I denna studie har vi valt att behandla en överenskommelse som syftar till att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård. (Internetkälla 1) Ambitionen är att genom ekonomiska incitament uppmuntra och stärka tillgänglighetsarbetet i sjukvården inom landstingen. Överenskommelsen som även brukar benämnas ”Kömiljarden” har funnits sedan 2009 och statsbidraget uppgår till 1 miljard kronor per år. (Internetkälla 2)

Under åren 2009-2012 har staten utbetalat 4 miljarder kronor till Sveriges landsting för att förbättra tillgängligheten till vård enligt den s.k. kömiljarden. Statsbidragens belopp för respektive landsting har grundats på vilka tillgänglighetsnivåer varje landsting har uppnått. Före 2009 utbetalades denna typ av statsbidrag för tillgänglighetsarbete utifrån befolkningens invånarantal i respektive landsting. Det innebär att för varje satsad miljard fick varje landsting lite mer än 100 kronor per invånare. Under 2012 erhöll Gotland 545 kronor per invånare medan Uppsala fick 0 kr per invånare. Varför har det blivit en sådan skillnad mellan landstingen?

1.2. Problemformulering

De senaste årens överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har påverkat de styrningsstrukturer som tidigare fanns för kommuner och landsting gällande hälso- och sjukvård. I statskontorets publikation ”Tänk efter före” (Statskontoret 2011 s.8) beskrivs dessa överenskommelser som ett vanligt återkommande verktyg för regeringen att influera verksamheten i kommuner och landsting utan att inskränka på det kommunala självstyret. Förekomsten av sådana överenskommelser är inte helt problemfri då

de inte är juridiskt bindande. I överenskommelserna ingår ekonomiska styrmedel i form av specialdestinerade statsbidrag, men även styrmedel i form av informationsinsatser, uppföljning och utvärdering. (Statskontoret 2011 s.14) Vi anser att den nya sortens överenskommelser mellan staten och SKL med specialdestinerade statsbidrag är ett mycket intressant problemområde. Denna typ av styrmedel kan ha inneburit att staten förändrat sin roll gällande sin inblandning i den regionala styrningen av hälso- och sjukvården. Användningen av ovan beskrivna styrmedel innebär bl.a. att staten ger riktade stöd till de landsting som uppnår specifika mål istället för statsbidrag per individ i länet. Detta skulle kunna innebära en viss centralisering för styrningen av hälso- och sjukvården. Detta ämne har behandlats av Byrkjeflot och Neby som menar att den skandinaviska decentraliserade välfärdsmodellen förändras mot en högre grad av statlig inblandning. Förändringen har gått långsammare i Sverige än i de övriga skandinaviska länderna. Byrkjeflot och Neby framhåller att den svenska staten har ambitionen att den decentraliserade styrningen bör effektiviseras och förbättras genom en högre grad av statlig inblandning. (Byrkjeflot, Neby 2008) Viss forskning visar på att det sedan regeringsskiftet 2006 blivit en ökad statlig övervakning och inverkan på sjukvården i Sverige. De nya nationella riktlinjerna och nya finansiella incitament ses dels som ett sätt för staten ge informativt stöd till landstingen och dels som ett verktyg för staten att styra allt från den kliniska prioriteringen till resursallokeringen i landstingen. Därmed tar staten alltmer kontroll från det regionala och lokala politiska beslutsfattandet. Forskarna menar att de framtida effekterna av den här typen av styrning är av stor betydelse för den fortsatta debatten mellan centralisering kontra decentralisering. (Saltman, Vrangbaek, Lehto, Winblad 2012 s. 22-24) Annan forskning framhåller att det finns en konflikt mellan den svenska regionala självstyrelsemodellen och nationell jämlikhet. Detta synliggörs tydligt genom snedfördelningen av vårdkvalitet och patientsäkerhet mellan de svenska landstingen. (Fredriksson, Winblad 2008 s.271-279)

Vår studie ämnar till att utöka den allmänna förståelsen om hur den svenska staten förändrat styrningen de senaste åren och vilken resultatmässig betydelse detta får för de svenska landstingen. Har sjukvården blivit effektivare? Har det blivit någon reell skillnad i landstingens resultat?

En överenskommelse innehåller två parter. Utifrån principal- agentteorin, som studien kommer att utgå från, kan relationen mellan SKL som företräder landstingen och kommunerna och staten beskrivas: Staten (principal) vill ha något utfört och landstingen och kommunerna (agenten) utför något på uppdrag av principalen. Överenskommelser gällande

hälso- och sjukvård mellan SKL och staten har över tiden utvecklats från att tidigare haft inslag av att ekonomiska medel utbetalats i förväg för att genomföra vissa åtgärder till att ha fokus på prestationsrelaterade ersättningar. Statsbidragen utbetalas numera när det konstaterats att prestationerna uppnåtts. Staten (principalen) har i överenskommelserna försäkrat en totalkostnadskontroll då statsbidragen ofta fastställs till ett maxbelopp. Ofta är den ersättning som landstingen (agenten) erhåller beroende på hur utfallet blir för andra landsting. (Internetkälla 2) I styrningen av överenskommelserna finns dessutom en ytterligare relation av intresse enligt principal-agentteorin. Varje landsting måste, för att uppnå statsbidragens prestationskrav, klara ut ekonomistyrningen mellan landstingets centrala enhet (principal) och de vårdenheter m.m. (agenter) som ska utföra prestationerna.

Anledningen till att studien utgår från principal-agentteorin beror på att den har både förklarande och normerande egenskaper. Dels förklarar teorin de bakomliggande orsakerna till varför en specifik utveckling mellan två parter ser ut som den gör och dels är teorin normerande för parterna då den beskriver hur aktörerna bör agera för att maximera de gemensamma vinsterna av en överenskommelse. Samtidigt bygger teorin på en rationell grundtanke om att båda parterna i en överenskommelse är nyttomaximerande. (Berlin et al 2011 s. 59) Med andra ord innebär detta att varje individuell aktör kommer att verka för att göra det bästa utifrån sina respektive förutsättningar. Det innebär att varje aktör sannolikt kommer att agera olika utifrån samma överenskommelse eftersom de definierar sin nytta på olika sätt. Dessa egenskaper kommer att hjälpa oss att nå en heltäckande och för studien intressant analys.

I Statskontorets publikation ”Tänk efter före” (2011) konstateras att det skulle vara värdefullt att närmare undersöka överenskommelser som styrmedel och hur en ökad användning av överenskommelser påverkar relationen mellan staten och landsting/kommuner. Den huvudsakliga inriktningen på överenskommelserna är att de ska påverka huvudmännens prioriteringar i ett eller annat avseende. De specialdestinerade statsbidragen i överenskommelserna kan även ha effekter som ger upphov till oönskade prioriteringar både ur statlig som kommunal synpunkt. Mot denna bakgrund vill vi undersöka på vilket sätt staten påverkar styrning av hälso- och sjukvård i landstingen med specialdestinerade statsbidrag i överenskommelsen ”Insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård (Kömiljarden)” med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

1.3. Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet med uppsatsen är att undersöka hur staten med specialdestinerade statsbidrag i överenskommelse för att förbättra patienters tillgänglighet till vård har påverkat landstingens styrning av hälso- och sjukvården.

Syftet för studien kommer att uppfyllas genom att undersöka resultaten för överenskommelsen ”Insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård (Kömiljarden)” utifrån principal-agentteorin. Ett empiriskt material grundat i landstingens resultatutveckling och deras faktiska arbete med överenskommelsen kommer att jämföras och analyseras mot ett teoretiskt underbyggt material.

Med utgångspunkt i det ovan formulerade syftet har vi arbetat fram en grundläggande frågeställning:

Kan principal-agentteorin förklara landstingens resultatutveckling för erhållna statsbidragsbelopp från överenskommelsen för tillgänglighet i vården?

Denna grundläggande frågeställning är huvudfokus för undersökningen. För att bäst kunna besvara den har vi formulerat ytterligare två underliggande frågeställningar:

Finns det stora skillnader mellan landstingen hur de prestationsbaserade statsbidragsbeloppen har fördelats?

Svaret på frågan kommer att uppnås genom att undersöka och jämföra resultatutvecklingen 2009-2012 för landstingens statsbidragstilldelning inom överenskommelsen för kömiljarden och ställa denna i relation till teoretiskt uppbyggda scenarion. Dessa scenarier täcker de potentiella resultatutfallen för landstingen och knyter dem till principal-agentteorin.

På vilket sätt har överenskommelsen om förbättrad tillgänglighet påverkat landstingens arbete med att erbjuda vård?

Via kontakt med ett antal landsting ställs frågor om redovisat resultat beror på särskilt beslutade åtgärder eller andra omständigheter. Redovisade svar avstäms och analyseras mot landstingets teoretiska scenario utifrån principal-agentteorin.

1.4. Avgränsningar

Studien fokuserar på att utforska i vilken utsträckning principal-agentteorin kan förklara landstingens resultatutveckling utifrån överenskommelser mellan staten och SKL. För att undersökningen skulle bli hanterbar inom ramen för en masteruppsats var vi tvungna att avgränsa oss till en specifik överenskommelse. Valet föll på ”Kömiljarden” eftersom den är en av de största överenskommelserna gällande ekonomisk utdelning av statsbidrag. Dessutom visade landstingens resultat varierande utveckling mellan åren 2009 till 2012, vilket lyfte fram ”Kömiljarden” som extra intressant för en djupare analys.

I studien kommer endast 5 av Sveriges 21 landsting väljas ut för en djupare analys. Urvalet av dessa 5 landsting grundar sig i att de representerar 5 teoretiskt underbyggda scenarier som har arbetats fram under studiens gång. Studien syftar inte till att exakt beskriva hur styrningen utifrån ”Kömiljarden” har sett ut i Sveriges samtliga landsting under perioden. Studiens syfte är snarare att belysa vilka underliggande faktorer som kan ha påverkat styrningen och vad som kan ha påverkat landstingens skiftande resultatutveckling.

1.5. Kunskapsöversikt

1.5.1. Socialstyrelsens utvärdering av vårdgarantin och kömiljarden 2009-2011.

Mellan åren 2009 och 2011 hade Socialstyrelsen i uppdrag att utvärdera landstingens arbete mot att implementera den nationella vårdgarantin och kömiljarden. (Socialstyrelsen 2012)¹ Inom ramen för utvärderingens gränser fick Socialstyrelsen i uppgift att även utföra en ingående analys av situationer när lägre prioriterade patienter ges vård före patienter som har högre prioritet, d.v.s. ett större medicinskt behov. Dessa situationer definieras i utvärderingen som ”Undanträngningseffekter”. Utvärderingens övergripande syfte var bl.a. att utvärdera personalens kännedom om och inställning till Kömiljarden, samt redogöra för landstingens åtgärder för att implementera överenskommelserna.

Enligt Socialstyrelsens utvärdering skiljer sig landstingens arbetsätt med kömiljarden åt. Under årens lopp har landstingsledningarna generellt blivit mer inblandade i frågor som rör kömiljarden och åtgärderna mot förbättring av väntetiderna definieras som att vara av en mer långsiktig karaktär. Dessa förändringar för att uppnå överenskommelsens mål exemplifieras av allmänna organisatoriska förändringar och en ökad inriktning mot processtyrning. En av de största orsakerna till ökade väntetider anses vara personalbristen. En kortsiktig lösning på att

¹ Hela följande kapitel är baserat på information från Socialstyrelsens utvärdering.

hantera denna personalbrist har varit hyrläkare. Socialstyrelsen visar oro på att denna lösning blivit kutym i vissa landsting, vilket försvagar kontinuiteten i landstingens patientvård. En mer långsiktig åtgärd för att minska patienternas väntetider har varit att köpa vård av andra aktörer. Den här åtgärden har i vissa landsting varit omfattande och fått direkta effekter på landstingets tillgänglighet i sjukvården.

De åtgärder som först vidtogs vid införandet av kömiljarden var bl.a. att rensa och gå igenom väntelistor. Efter 2010 konstaterades också att det fanns ett omfattande gap mellan ledningen och personalen i förståelse och engagemang. En åtgärd var därför att öka informationsinsatserna till hälso- och sjukvårdspersonalen. Trots detta var personalens kännedom fortfarande bristfällig efter 2011. Socialstyrelsen konstaterade efter 2011 att vårdgarantin med stor sannolikhet hade medverkat till att återbesökstiderna för patienter med långvariga vårdbehov hade ökat. I årsrapporten för 2011 konstaterade Socialstyrelsen även att landsting som hade decentraliserat ansvaret för köer och väntetider till verksamheterna hade lyckats bättre än andra landsting. Denna slutsats kom Socialstyrelsen fram till genom att studera ett antal struktur- och processvariabler och ställa dessa i relation till prestationerna. Socialstyrelsen framhöll betydelsen av att vårdgivaren är informerad om de egentliga väntetiderna och patienternas vårdförlopp kan följas. Socialstyrelsen framhöll även att det finns ett stort utvecklingsbehov för att en nationell enighet i hur väntetiderna hanteras.

1.5.2. Socialstyrelsen: Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2012.

Socialstyrelsen konstaterar i uppföljningen av kömiljarden för 2012 att det finns tendenser att skillnaden mellan landstingens väntetider har ökat under 2012. (Socialstyrelsen 2013)² För första gången kan också Socialstyrelsen även följa upp de faktiska väntetiderna för de patienter som varit på första läkarbesöket alternativt behandling. Dessa uppgifter visar att en tredjedel av patienterna hade väntat mindre än en månad och inom två månader hade drygt två tredjedelar av patienterna påbörjat behandling. I rapporten framgår att patienterna under 2012 hade bästa tillgängligheten till vård under november och december och den sämsta under juli månad utifrån landstingens måluppfyllelse av kömiljarden.

Enligt Socialstyrelsen finns det olika åsikter om kömiljardens betydelse och effekter. Kömiljarden anses ha stimulerat till effektiviseringar och ett ökat fokus på väntetider men det

² Hela följande kapitel är baserat på information från Socialstyrelsens uppföljning.

finns även de som menar att ersättningen leder till ”fiffel” med redovisningen av väntetider. Det finns även en kritik att de grundläggande prioriteringarna åsidosätts.

Socialstyrelsen har även särskilt undersökt undanträngningseffekter som uppstår när områden och delar av vårdkedjan som inte omfattas av garantin har fått försämringar på bekostnad av vårdgarantipatienter. Av tre granskade områden konstateras det att på ett område har väntetider för lägre prioriterade grupper förbättrats på bekostnad av högre prioriterade patienters väntetid.

1.5.3. Sammanfattning av kunskapsläget

Enligt våra efterforskningar finns ingen forskning som enbart hanterar kömiljarden. När tillgängligheten har diskuterats har detta främst skett utifrån vårdgarantins premisser. Det finns därför ett behov för forskning kring en prestationsbaserad modell enligt kömiljardens förutsättningar. Studien fyller därför ett tomrum, då exempelvis statskontoret uttalat ett behov av forskning kring överenskommelser som styrmedel. (Statskontoret 2011) Principal-agentteorin har enligt vår kännedom inte tidigare använts för att studera den nya typen av överenskommelsers partsförhållande. Detta ger studien en extra dimension.

1.6. Fortsatt disposition

Uppsatsens är disponerad på så sätt att studiens teoretiska referensram presenteras i nästkommande kapitel. Den teoretiska redogörelsen avslutas sedan genom en redovisning av studiens analysverktyg. Detta analysverktyg består av fem teoretiskt belagda scenarier, som syftar till att underlätta för att besvara på studiens grundläggande frågeställningar. I kapitel tre formuleras och diskuteras studiens metodologiska upplägg. Alltså en redogörelse av studiens design, urval, intervjumetod och övrig datainsamling. Kapitel fyra behandlar en empirisk undersökning där Kömiljardens upplägg diskuteras och därefter presenteras landstingens ekonomiska resultatutveckling. Sedan presenteras i kapitel fem först en kategorisering av de fem teoretiskt belagda scenarierna utifrån den tidigare beskrivna teorin och empirin. Kategoriseringen resulterar i att fem landsting väljs ut som representant för respektive scenario. Därefter presenteras empirisk information för varje individuellt landsting baserat på styrdokument och en intervjustudie. Kapitel fem avslutas med en analys av respektive scenario. Kapitel sex hanterar en mer bredare analys av studiens resultat. Studien avslutas därefter i kapitel sju av att studiens forskningsfrågor besvaras och diskuteras, slutligen ges förslag på vidare forskning inom området.

2. Referensram

I följande avsnitt kommer studiens utgångspunkt att presenteras utifrån teori och tidigare forskning. Kapitlet inleds av en genomgång av studiens teoretiska grundförutsättningar. Kapitlet avslutas sedan med en sammanställning av studiens referensram som mynnar ut i fem olika scenarier. De fem scenarierna kommer sedan i studien att användas som ett analysverktyg för att svara på studiens frågeställningar.

2.1. Styrning av hälso- och sjukvården

Styrning är ett av de mest använda begreppen inom samhällsvetenskapen och samhällsdebatten och går ut på att någon eller något (ett styrsobjekt) försöker påverka någon eller något (ett styrobjekt) i ett visst anseende. Begreppsdiskussionen kring styrningsbegreppet är inte entydigt. (Statskontoret 2011 s.24) Ofta brukar man indela att styrningen sker genom direkt påverkan av beteendet hos de styrda eller genom att kontrollera resultatet. (Broström et al 2005 s.176)

Inom hälso- och sjukvården har historiskt sett styrningen skett genom de anställdas beteende. Anledningen till detta är att det är svårt att definiera resultatet och standardisera processer. De professionellas styrning av verksamheter är central. (Berlin et al 2011 s.54-55) De dagliga besluten inom vårdprocessen, verksamhetens kärnprocesser, styrs av läkare och andra yrkesgrupper. Det är genom de löpande besluten i vårdprocesserna och genom personalens tidsanvändning och prioriteringar som resursfördelningen inom hälso- och sjukvården sker i praktiken. (Hallin, Siverbo 2003 s.65)

Utvecklingen de senare åren har inneburit att läkarnas roll i styrningen i allt högre grad ifrågasatts. (Vahlne Westerhäll, Thorpenberg, Jonasson 2009 s.14). Inom hälso- och sjukvården sker allt mer försök till en processororienterad styrning vilket innebär försök till att standardisera processer. (Berlin et al 2011 s.54-55) Många av de nya styrmodeller som införts under senare år som utmanat tidigare regelverk benämns under rubriken ”New public management”. Ett syfte med dessa är att organiseringen ska skapa mer företagslika funktionsindelade enheter och därmed skapa en konkurrensutsättning för att skapa en mer kostnadseffektiv verksamhet. Ett ökat fokus har skett på verksamhetens resultat och detta har inneburit en mer prestationsorienterad styrning. En bedömning sker utifrån vad de olika enheterna producerar. Detta innebär att det är viktigt att det går att mäta prestationerna. Styrning sker genom att resultatet kvantifieras och operationaliseras i återkommande mätningar. Införandet av denna typ av styrning med fokus på resultat och marknadsprinciper

har inneburit en utmaning av traditionen jämfört med tidigare principer av hälso- och sjukvården då styrningen utgick från ett starkt professionellt ideal. (Berlin et al 2011 s.29-30)

Målet för varje politiker är rimligtvis att i olika avseenden påverka samhället och dess medborgare. Ett medel för att genomföra förändringar inom hälso- och sjukvården i det omgivande samhället är då den politiska styrningen inom ett landsting. (Statskontoret 2011 s.24) Ett styrmedel för politikerna är resursfördelningen till sjukvården. Denna sker varje år i budgetbeslutet där den politiska viljan kan konkretiseras i olika former av beställningar både på den regionala och lokala nivån. En uppgift på den lokala nivån ute i vården på sjukhus, vårdcentraler m.m. är att ansvara för genomförandet av viss hälso- och sjukvård. Styrning ska ske av den operativa verksamheten så att fastställda prestationer och ekonomiska resultat uppnås. (Hallin et al 2003 s.64)

När flera personalgrupper tillhörande olika discipliner och domäner möts och är beroende av varandra, men har olika agendor, finns risken att frågor m.m. tolkas på olika sätt. Detta sker inom hälso- och sjukvården och därför har de ofta karaktäriserats som konfliktfyllda. Organisationen kan med Weicks (1995 s.134-135) begreppsapparat beskrivas som en löst kopplad organisation. Det innebär att det i verksamheten finns självständiga grupper, avdelningar och enheter som agerar med en stor frihetsgrad gentemot varandra. När dessa förutsättningar finns i en organisation skapas det både möjligheter och svårigheter när styrning och organisering ska ske av verksamheten.

2.1.1. Styrning från staten

Vid styrning av hälso- och sjukvård finns flera partsförhållanden. Det första är statens styrning av hälso- och sjukvården. Grundförutsättningen ges via regeringsformens portalparagraf där det framgår att den svenska folkstyrelsen inte enbart förverkligas genom ett representativt och parlamentariskt statskick utan också genom kommunal självstyrelse. Det är dock riksdag och regering som fastställer vilket ansvar och vilka befogenheter som landsting har för en viss verksamhet. (Statskontoret 2011 s.25) Regelverket för kommuner och landsting framgår av kommunallagen. Därutöver finns speciallagar för olika verksamheter. Den speciallag som kompletterar vårdverksamheten är i första hand hälso- och sjukvårdslagen där mål, krav och ansvarsfördelning anges. (Statskontoret 2011 s.34-35)

Lydelsen för det övergripande målet för hälso- och sjukvården enligt paragraf 2 i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är ”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och

för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården”. Innebörden är bl.a. att alla som bor i landet ska ha samma möjlighet att vid behov få tillgång till hälso- och sjukvård. På detta mål inriktas till stor del den statliga styrningen av hälso- och sjukvård. För att förverkliga målet har regeringen enligt förarbetena till HSL tydliggjort att det är viktigt att landstingen får ett stort utrymme att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar. (Statskontoret 2011 s.36-37)

Utöver lagstiftningen sker statlig styrning via nationella inriktningsdokument, nationella samordnare, öppna jämförelser samt överenskommelser. Under senare år har överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting som representerar Sveriges landsting och kommuner blivit ett alltmer använt styrmedel inom hälso- och sjukvården. I dessa ingår ofta statsbidragsmedel men där kan också ingå informationsinsatser, uppföljning, utvärdering m.m. (Statskontoret 2011 s.37-38)

2.1.2. Styrning inom landstinget

Varje landsting har ett landstingsfullmäktige med folkvalda representanter som årligen beslutar om resursfördelningen i samband med budgetbeslutet. Fördelningen kan utifrån olika organisationsmodeller exempelvis till olika driftsnämnder eller till en central hälso- och sjukvårdsstyrelse som sedan ”beställer” vården av driftsnämnder eller direkt av produktionsenheterna i organisationen. (Region Halland 2012 s.3)

I de fall det finns politiska driftsnämnder har dessa ansvaret att styra verksamheten och tilldela resurser så att landstingsfullmäktiges beslut förverkligas. I det fall produktionsenheterna är direkt organiserade under hälso- och sjukvårdsstyrelsen sker rapportering till dessa politiker utifrån de beslut som skett vid resursfördelningen. Inom samtliga produktionsenheter sker en styrning och organisering utifrån de mål och förutsättningar som landstingsfullmäktige har beslutat. (Region Halland 2012 s.3)

Som redovisat ovan finns flera partrelationer inom hälso- och sjukvården som ska samverka. Det kan identifieras flera olika relationer utifrån en uppdragsgivare/beställare gentemot en uppdragstagare/utförare. I forskningen brukar man benämna dessa relationer utifrån principal-agentteorin.

2.2. Principal-agentteorin

Principal-agentteorin utgår från relationen mellan två olika parter. Förhållandet mellan parterna bygger på att principalen som uppdragsgivare ”beställer” en tjänst eller vara av

agenten som uppdragstagare utför beställningen. (Hultkrantz, Nilsson 2004 s.142) För att säkerställa den ömsesidiga nyttan av samarbetet måste det finnas mer eller mindre formaliserade överenskommelser/kontrakt som reglerar vem som ska göra vad. (Molander, Nilsson, Schick 2002 s.26)

Principal-agentteorin baseras på en hypotes om att dessa två parter är nytto-maximerande i grunden. Detta innebär att varje part, vare sig det är på individuell- eller organisatorisk nivå, kommer att arbeta mot att skapa så goda förutsättningar som möjligt för sig själv. Denna strävan efter nytto-maximering skapar en grundläggande strid mellan principalen och agenten. Både principalen och agenten kommer alltså arbeta mot en situation där de själva gynnas mest, ekonomiskt eller ideologiskt. (Berlin et al 2011 s.59) Enligt Kastberg och Berlin (2011 s.59) skapar denna grundläggande strävan efter nytto-maximering en situation som är "Pareto-optimal". Detta är en nationalekonomisk grundtanke som kännetecknas av ett förhållande där en aktör inte kan få det bättre utan att en annan aktör får det sämre.

För att agenten överhuvudtaget ska tycka att det är intressant att arbeta mot principalens mål måste två principer vara uppfyllda. 1. Reservationspriset: Principalen måste erbjuda agenten en summa som motsvarar det som agenten hade fått ut i andra projekt. 2. Kompatibla incitament: Principalen måste kompensera agenten för hårt arbete. (Lane 2005 s.33)

Förhållandet mellan principalen och agenten genomsyras dessutom av en asymmetrisk informationsfördelning. Denna grundläggande asymmetri innebär att principalen har ett övertag i kunskap när det kommer till det övergripande syftet med uppdraget: Varför uppdraget utförs, vilka andra aktörer som är inblandade o.s.v. Anledningen till att principalen överhuvudtaget väljer att leja bort uppgiften beror på att agenten har ett kunskaps- och/eller ett kapacitetsmässigt övertag gällande utförandet av uppgiften. Principalen har med andra ord ingen möjlighet att själv utföra uppgiften i fråga. Agenten är mer eller mindre specialiserad mot att endast utföra det som krävs av dem, vilket innebär att det helhetsperspektiv som principalen arbetat fram kan gå förlorat. Därför är det intressant för agenten att arbeta mot de beställningar eller uppdrag som principalen formulerar. (Berlin et al 2011 s.59)

Den asymmetriskt fördelade kunskapen kan enligt teorin vara problematisk. När en part har kunskapsövertag över den andra parten i ett kontraktförhållande möjliggör det för den ena parten att utnyttja den andra utan att den desinformerade parten upptäcker det. Denna risk benämns i teorin som Moral Hazard. (Perloff 2008 s.670) "Moral hazard" inbegriper ett opportunistiskt beteende av en mer informerad part inom ett principal-agentförhållande.

Agenten sitter inne på mer information om hur den agerar enligt kontraktet och har mer praktisk information om hur det faktiska arbetet går till. Detta förhållande medför en möjlighet för agenten att undvika att utföra sitt arbete om denne inte övervakas/krävs på ansvar av principalen. Om agenten inte ställs till ansvar för sina handlingar genom exempelvis utvärdering finns risken att agenten utnyttjar detta tomrum för egen vinning. Denna brist på övervakning kan innebära att agenten flyr undan ansvar och arbete eller tar risker som äventyrar kontraktets effekter. (Perloff 2008 s.635) Med andra ord kan inte principalen med sin begränsade kunskap om det faktiska utförandet försäkra sig om att agenten utför sitt uppdrag optimalt ur principalens synvinkel. För att illustrera detta förhållande brukar två vanligt förekommande omständigheter lyftas fram: 1. Agenten överdriver uppdragets kostnad då avtalet sluts. 2. Agenten underlåter att informera om att uppdraget kostat mindre att utföra än vad som är bestämt. (Berlin et al 2011 s.59) Kort och gott innebär moral hazard att agenten är nytto-maximerande och kommer i många fall utnyttja ett eventuellt övertag i information för möjligheten att få en potentiell fördel. Detta beteende är oönskat och riskabelt, vilket kan medföra kraftiga negativa effekter för principalen. Genom effektivt formad övervakning och ansvarsutkrävning för agenten minskas möjligheten för sådant opportunistiskt beteende. (Perloff 2008 s.636) I ett klassiskt principal-agentförhållande kan problematiken undvikas dels genom att principalen ser till att agenten är villig att utföra överenskommelsen, s.k. deltagandevillkor och dels genom att nyttan av att utföra överenskommelsen är tillräckligt hög, d.v.s. incitamentsriktighet. (Axelsson, Holmlund, Jacobsson, Löfgren, Puu 1998 s. 293-294) I ett perfekt förhållande anser båda parter att de tillsammans kan utföra något som båda parter har stor effekt av, ett s.k. win-win förhållande.

När en part i en överenskommelse drar fördel av existerande omständigheter utan att varken betalat eller arbetat för dem uppstår något som i teorin kallas för "Free-rider". Detta innebär kort och gott att andra betalar för den nytta som "free-ridern" får ut. (Perloff 2008 s.626)

Den offentliga sektorn genomsyras av flera olika principal-agentförhållanden. Lane (2005 s.254) framhåller att det inte bara är att överföra principal-agentmodellen från en privat kontext till en offentlig. För att principal-agentteorin ska bli användbar i en offentlig kontext bör man först klargöra vilka aktörerna är och vilka motiv som påverkar och begränsar dem. Enligt Lane (2005 s.254) kan interaktionen mellan befolkningen och regeringen i ett demokratiskt styrt land ses som ett beställarförhållande, där folket i stor utsträckning får ses som den slutgiltiga principalen, allt regeringen utför görs på uppdrag av dess folk. Lane (2005 s.254-255) menar att förhållandet mellan folket och regeringen (politikerna) är baserat på ett

kontrakt som grundläggs genom valet. Detta kontrakt är dock relativt vagt och svårt att tyda, vilket har fått konsekvensen att regeringen allt som oftast ses som principalen i teorin och tjänstemän, departement, landsting och kommuner som agenter. Andra forskare framhåller att även om de grundläggande likheterna mellan privat och offentlig sektor är vitala inom principal-agentteorin, finns det betydande skillnader mellan dem. Medan den främsta drivkraften bakom privata organisationer främst antas vara vinstmaximering, ligger en mycket mer komplex bild bakom offentliga organisationers bakomliggande drivkrafter. I en offentlig kontext kan ett stort antal mål, som dessutom är svårare att mäta än en monetär vinst, ligga bakom organisationens agerande. (Molander et al 2002 s.31-32)

2.2.1. Anpassning Och Tillpassning

Införandet av en styrmodell kommer att föra med sig olika effekter på resursfördelningen inom en verksamhet. Brorström m.fl. framhåller betydelsen av att diskutera dessa effekter under rubrikerna: Anpassning och Tillpassning. (Internetkälla 3) Anpassning innebär kort och gott den förändring som sker inom en verksamhet till följd av införandet av en prestationsbaserad ersättningsmodell. En anpassning kan med andra ord klassificeras som en förändring av verksamheten för att tillgodose målen med styrmodellen, samt en förändring av agentens handlings- och tankesätt. En fullgod anpassning mot en viss styrmodell understryks och stärks av att verksamhetens anställda genomsyras av principalens grundtanke och målbild. Anpassning innebär med andra ord att modellen får en styrande effekt och genomsyrar agentens agerande. (Internetkälla 3 s.385-386)

En tillpassning av styrmodellen kan istället innebära att agenten förändrar och kompletterar modellen för att den bättre ska passa verksamheten i fråga. Tillpassning av en styrmodell kan både ske i överenskommelsens ”gråzoner”, alltså att agenten utnyttjar de fall där det finns utrymme för olika tolkningar, och är helt i strid med styrmodellens formella regler. (Internetkälla 3 s.386) Broström m.fl. menar att tillpassning kan vara ett uttryck för att styrmodellen bör förändras för att kunna fungera bättre mot verksamhetens tidigare principer och målbild. Anpassning av en styrmodell kan ses som ett godkännande, medan tillpassning kan ses som kritik mot modellen – att styrmodellen behöver anpassas för att bättre ackompanjera den faktiska verksamheten. (Internetkälla 3 s.386)

2.2.2. Kontroll

För att kunna nå de avsedda målen i en prestationsfinansierad relation är det av stor vikt för principalen att kunna kräva ansvar av agenten. Principalen har ett inneboende kontrollbehov över agentens agerande. Principalen måste ges möjlighet att utvärdera agentens uppgifter.

Denna utvärdering görs ofta genom en genomlysning i efterhand för att se om agenten har ombesörjt överenskommelsen korrekt. (Vedung 2009 s.166)

Uppdragstagaren förväntas att redovisa sitt handlade och resultat till principalen på en överenskommen tid. Med denna resultatberättelse som grund kan principalen kontrollera om agenten har utfört sina uppgifter på ett önskvärt sätt och utifrån detta besluta om uppdraget har slutförts, om uppdragsbeskrivningen bör korrigeras eller agenten förtjänar negativ kritik. Dessa utvärderingar kan ta sig en mängd olika former och för den givna kontexten använder sig staten av: prestationsredovisning – alltså mäts det vilka prestationer som har utförts och om de motsvarar de förutbestämda kraven. (Vedung 2009 s.166-167) Utvärdering blir alltså ett ovärderligt verktyg för principalen att mäta om uppdraget utförs på ett korrekt sätt. Agenten är som tidigare nämnt nyttomaximerande och har ett informationsövertag gentemot principalen, vilket gör utvärderingen nödvändig för att undvika att agenten agerar illojalt mot principalen. (Vedung 2009 s.172)

2.2.3. Kontrakt

I en perfekt värld skulle en överenskommelse mellan två parter skrivas som ett heltäckande kontrakt. Ett heltäckande kontrakt innebär att alla möjliga omständigheter, samt båda parternas efterföljande aktioner förklaras och där en avvikelse från kontraktets innehåll kan leda till domstol. Med andra ord eftersträvas en situation där kontraktet tillfullo efterföljs av agenten, vilket ger principalen små incitament att lägga sig i agentens arbete. (Molander et al 2002 s.26) Den här typen av kontrakt existerar inte i realiteten, istället infinner sig vanligtvis en situation där den ena parten av överenskommelsen har ett informationsövertag. Som beskrivet i tidigare kapitel betecknas risken med detta övertag av information som ”moral hazard”. Risken för ”moral hazard” medför att man som part i ett kontrakt inte kan ta för givet att den andra parten utför en beskriven överenskommelse till punkt och pricka. (Molander et al 2002 s.27) Ett medföljande problem av ”moral hazard” är att principalen kan ha svårt att utröna de bakomliggande faktorerna till ett exceptionellt dåligt respektive positivt resultat. Med andra ord kan det vara svårt för principalen att exempelvis avgöra om ett dåligt resultat beror på att agenten agerat felaktigt internt eller om det beror på för agenten okontrollerbara externa faktorer. (Molander et al 2002 s.27)

Valet av kontraktstyp är inte på något sätt oproblematiskt. Det finns många typer av kontrakt mellan principal och agent och det kan vara omöjligt för principalen att på förhand veta vilken kontraktstyp som bör användas för att minska risken för problem med moral hazard. Därför

föreslår teorin att principalen ger flera potentiella agenter möjlighet att välja bland kontraktstyper med olika grad av arbetsinsats. Principalen väljer sedan ut de agenter som vill arbeta efter ett kontrakt som ersätter hårt arbete för att i högre grad undvika agenter som är ”lata” och som kan ha problem med moral hazard. (Perloff 2008 s.675)

För att undvika att en part utnyttjar sitt informationsövertag föreslås parterna att genom en överenskommelse avtala specifikt om vad som förväntas av de involverade parterna. Två kontraktstyper lyfts fram av Berlin och Kastberg som fullgoda alternativ för att minska moral hazard problematiken: beteendekontrakt och prestationsbaserade kontrakt. De båda kontraktstyperna ger olika incitament och risker fördelas olika mellan de två parterna. (Berlin et al 2011 s.60-61)

2.2.3.1. Beteendekontrakt

Beteendekontrakt anger hur och vad som ska utföras. Berlin och Kastberg (2011 s.61) lyfter fram byråkratin som en idealtyp för organisering och att det är ett utmärkt exempel på en organisation som förlitar sig uteslutande på beteendekontrakt. I en byråkratisk organisation är de anställdas handlingsutrymme reglerat på förhand. Byråkratiska enheter har traditionellt sätt använt sig av anslagsfinansiering för resursallokering. I en sådan struktur får agenten tydligt beskrivet vad som ska göras och hur det ska utföras av principalen, dessutom anslås hur mycket resurser som förväntas krävas för att utföra uppgiften. Den här typen av kontrakt är inte helt utan problematik. En organisation byggd på beteendekontrakt sätter exempelvis enormt höga kunskapskrav på chefer och överordnade (principalen). Principalen måste i denna kontext ha tillräcklig kunskap om utförandet av uppgiften för att kunna ange exakt vad och hur något ska utföras och vilka resurser som krävs. Detta är något som i ett normalt principal-agentförhållande tillkommer agenten, då denne vanligtvis är specialiserad på uppdraget i fråga. (Berlin et al 2011 s.61) Beteendekontrakt medför ytterligare problematik för principalen då i princip all risk förs över på denne. Ett beteendekontrakt innebär i regel att agenten får betalt om det reglerade beteendet efterföljs. Enligt Berlin och Kastberg (2011 s.61) ges agenten inga incitament att försäkra sig att produktionen kommer fortsätta enligt plan eller lyfta fram potentiella effektiviseringar, när agenten varken får ta del av eventuell vinst genom produktivitetssökningar eller risker kopplade till projektet.

2.2.3.2. Prestationsbaserat kontrakt

Det rena prestationsbaserade kontraktet skapar andra förutsättningar för parterna och ändrar incitamentsstrukturen mellan parterna. Den här typen av kontrakt innebär i teorin att agenten får ersättning då uppdraget är utfört. Till skillnad mot beteendekontrakt behöver inte

prestationsbaserade kontrakt fokusera på hur en uppgift ska utföras istället fokuseras det på vad som ska göras. Om det specificerade uppdraget inte genomförs inom utsatt tid behöver inte principalen ersätta agenten. (Berlin et al 2011 s.62) I en sådan kontraktsstruktur förskjuts risken från principalen till agenten. Till skillnad från beteendekontrakten är det agenten som får ta risken om arbetet inte utförs inom kontraktets specifikationer. Däremot ges agenten en extra morot att utföra uppdraget då de får ta del av eventuella produktivitetsvinster. Om uppdraget utförs på ett kostnadseffektivt sätt av agenten tillfaller överskottet denne, vilket ger starka incitament för agenten att arbeta effektivt. (Berlin et al 2011 s.62) Till skillnad från den privata sektorn ges tjänstemännen i en offentlig organisation sällan ekonomiska belöningar för utförda prestationer, utan snarare belönas de genom den framtida karriären inom organisationen. Även bestraffningar, såsom att avskeda en tjänsteman, för icke utförda prestationer är ytterst ovanligt då det är en politiskt riskabel aktion. (Molander et al 2002 s.34)

Enligt Berlin och Kastberg (2011 s.63) är en grundläggande dimension vid konstruerande av en styrning som bygger på ersättning per prestation att det går att beskriva prestationen. En hög grad av specificitet innebär att de prestationer som verksamheten ska utföra tydligt preciseras. Det finns då en risk att resursfördelningen blir svår att överblicka. Sambandet mellan en utförd prestation och hur mycket ersättning som erhålls måste vara tydligt. Om den utsatta prestationen saknar en sådan specificitet och medlen inte preciseras för den specifika verksamheten kan resursfördelningen enligt Berlin och Kastberg (2011 s.63) uppfattas som godtycklig. Detta kan på sikt försvaga uppdragets legitimitet och till slut leda till extrema beteenden hos agenten, exempelvis försök till att manipulera resursfördelningssystemet genom olika typer av tillpassning. Samtidigt måste resursfördelningssystemet genomsyras av öppenhet och tydlighet. Alla aktörer som är verksamma inom den prestationsbaserade resursfördelningen måste med lätthet kunna identifiera kopplingen mellan ersättningen och en genomförd prestation. Om detta inte tydliggörs för agenten finns en risk att kopplingen mellan ersättning och prestation minskar och avsikten med den prestationsbaserade finansieringen går förlorad. Principalen måste uppnå en god balans mellan graden av specificitet och transparens i uppdragsbeskrivningen, för att minimera risken för att agenten utnyttjar eller missuppfattar principalen i ett prestationsfinansierat system. (Berlin et al 2011 s.63)

Ett problem i samband med prestationsstyrning är om förutsättningarna inte har nått ut i verksamheten. Det är viktigt att målen är kända för de verksamhetsansvariga. Bristande kännedom om målen hos de verksamhetsansvariga inom exempelvis den offentliga sektorn är

ett stort problem och ett tecken på att kommunen har misslyckats med att ge ett helhetsperspektiv på styrningen. Det är ofta fokus på i första hand den egna enheten och dess problem och värderingar. Därefter kommer den förvaltning personen arbetar på och i sista hand kommer helheten, det vill säga kommunperspektivet. (Broström et al 2005 s.201)

Det är viktigt med ett ansvarsutkrävande av enheterna vid en prestationsfinansiering. Det innebär att ansvarsförhållandena i organisationen måste ändras på samma sätt som fördelningen av resurserna. Ansvaret för såväl kostnaderna som intäkterna bör finnas i verksamheten och ökar verksamheten intäkterna ska även det finnas en befogenhet att öka kostnaderna. På samma sätt måste kostnaderna reduceras vid minskade intäkter. (Berlin et al 2011 s.65) Genom att tydliggöra målen för samtlig personal främjas deras motivation. Det är även viktigt att det sker en planerad fortbildning. Personalens kompetens är en viktig förutsättning så att de kan styra sitt arbete och se denna insats i ett större sammanhang. (Anell 2009 s.60) Risker som brukar uppkomma vid prestationsersättning är att verksamheterna blir för mycket fokuserade på intäktssidan. För att få ett resultat i balans arbetar man i större omfattning mot att öka intäkterna istället för att öka medvetenheten om de kostnader verksamheten har. (Hallin et al 2003 s.147)

När verksamheten erhåller ersättning utifrån utförda prestationer blir det ofta stort fokus på att just dessa prestationer utförs även om det inte är nödvändigt att just dessa prestationer är det viktigaste för verksamheten. Den forskning som skett gällande detta säger dock att det inte är en entydig sanning. Det viktigaste för att prestationer ska bli utförda är att resultatet av mätningen blir föremål för diskussioner och dialoger. Det avgörande är inte själva mätningen utan det viktiga är att resultatet av prestationerna kommer till användning och analyseras. I flertalet av de studier som skett visar att vad som avgör att någonting händer i verksamheten är att genomförda mätningar används. (Broström, Lindvall, Solli, 2007 s.8-9)

2.2.4. Principal-agentteori inom hälso- och sjukvården.

Principal-agentteorin har använts som utgångspunkt för ekonomisk forskning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Principal-agentteorin är flitigt utnyttjad inom den ekonomiska vetenskapen för att studera olika utbytesrelationer, t.ex. den mellan sjukvårdsfinansiärer och vårdgivare. (Anell 2009 s.47-48)

I principal-agentteorin och därmed också i många studier om effekter av ersättningsprinciper inom sjukvården sker en kritik på en alltför enögd fokusering på externt genererade

incitament med exempelvis statsbidrag och en ”morot eller piska” attityd till hur agenter kan påverkas. Risken är då stor att det bortses från vad som i grunden är viktigt för att skapa motivation för personalen. Psykologisk forskning har definierat att det är viktigt att individer har tillräcklig kompetens så att de som anställda själva kan styra sitt arbete och se nytta av det egna arbetet i ett större sammanhang. (Ryan, Deci 2000 s.76) Detta har stor betydelse inom hälso- och sjukvårdens förutsättningar. Det är viktigt att det blir tydliggjort att främjande av individers motivation kräver ett långsiktigt arbete. I detta arbete ingår att tydliggöra målen och att det finns en strategi för hur utbildning och fortbildning hänger samman med arbetsfördelningen. (Anell 2009 s.61)

I de nya styrmodellerna som införts under benämningen ”New public management” (NPM) är ett förhållande enligt principal-agentteorin ett viktigt inslag. Vårdfinansiären (principalen) skapar olika prestationsersättningsmodeller som vårdproducenten (agenten) ska utföra. (Anell 2009 s.51). En vanlig ersättningsmodell inom svensk sjukvård är ersättning utifrån diagnosrelaterade grupper (DRG-ersättning). Detta är ett beskrivningssystem som har som grund att kalkylera resursåtgången för olika behandlingar. (Calltorp 2008 s.7) Avgörande för om det är vårdproducenten eller finansiären som ansvarar för den finansiella risken är graden av rörlighet i ersättningen. Vid en rörlig ersättning enligt DRG, ändras incitamenten för vårdproducenterna eftersom dessa får bära åtminstone en del av den finansiella risken. De måste ha en kostnadskontroll för de åtgärder som de gör så att ersättningen som erhålls av finansiären täcker samtliga kostnader för att utföra denna vård. (Anell 2009 s.51).

Vid ett införande av en prestationsersättningsmodell är det viktigt att följa upp att modellen uppfyller de mål som var grunden till att den infördes. Inom primärvården i Göteborg infördes en prestationsersättningsmodell för barnmorskeverksamheten. Beståndsdelarna i denna modell var ersättning för den graviditetsövervakande verksamheten som gav olika ersättningar för förstföderskor respektive omföderskor. Det infördes dessutom tilläggsersättningar för olika komplikationer. Därutöver fanns en kompensation för ”förebyggande insatser” som genererade ersättning samt att det även utbetalades medel för gynekologiska hälsokontroller. Som komplement fanns även ett områdesanslag. Vid utvärderingen av modellen visades det tydligt att det hade skett anpassning då man hade slutat att göra sådant som inte gav någon ersättning. En annan anpassning skedde genom att tillgängligheten blev bättre för patienter som skulle till en ersättningsberättigad verksamhet. Det uppstod även tillpassningar av modellen då det hände att personalen registrerade två besök istället för ett när besöken tog lång tid. För dessa besök erhöles dubbel ersättning. Ett

annat exempel var att personer kallades till extra besök för att ersättning skulle kunna erhållas. (Brorström, Hallin, Kastberg 2000)

Utifrån teorin är det viktigt att prestationen återspeglar det faktiska förhållandet. Brister i modellen kan upplevas av producenterna som bristfälliga och kan på det viset urholka dess legitimitet. I ovanstående exempel från barnmorskeverksamhet inom primärvården i Göteborg fanns det otydligheter kring vissa komponenter i ersättningen vilket resulterade att modellen ifrågasattes av delar av personalen. (Berlin et al 2011 s.72-75)

I vårt undersökningsområde utkristalliseras främst två intressanta principal-agentförhållanden. I en överenskommelse är det relationen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) som står i centrum. Staten är principal eftersom de ”beställer” åtgärder och utbetalar ersättning via statsbidrag när åtgärderna är utförda. SKL representerar samtliga Sveriges kommuner och landsting i samband med överenskommelsen. (Internetkälla 1) I vår studie är det landstingen som berörs och de blir då agenter som ska utföra åtgärderna enligt överenskommelsen. Den andra relationen som även kan beskrivas enligt principal-agentteorin är de interna relationer som finns inom ett landsting i samband med att vård ska utföras. Där representerar landstingsfullmäktige de invånarna som betalar skatt för hälso- och sjukvården och är därmed principal i förhållandet. Landstingsfullmäktige gör en ”intern överenskommelse” med vårdproducenter inom ett landsting i samband med budgetarbetet. Vårdproducenterna blir därmed agenter enligt principal-agentteorin. Ofta finns det i denna relation även prestationsrelaterade ersättningar.

Överenskommelserna mellan SKL och staten har över tiden utvecklats från att tidigare haft inslag av beteendekontrakt där ekonomiska medel utbetalades i förväg, ofta per individ i länet, för att genomföra en åtgärd till att ha fokus på prestationsbaserade överenskommelser. Ersättningen utbetalas numera i efterhand när staten konstaterat att de specificerade prestationerna uppnåtts. Staten (principalen) har i överenskommelsen med SKL försäkrat en totalkostnadskontroll då ett statsbidrag fastställs till ett maxbelopp oavsett resultatet för landstingen (agenten). Ofta är den ersättning som landstingen (agenten) erhåller beroende på hur utfallet blir för andra landsting vilket innebär att det ofta finns en osäkerhet hur prestationerna blir ersatta. (Internetkälla 4)

2.3. Olika scenarier vid prestationsersättning mellan agent och principal

I detta avsnitt kommer fem scenarier att redovisas utifrån den tidigare beskrivna referensramen gällande prestationskontrakt/överenskommelser mellan två parter. Utifrån studiens referensram kommer dessa scenarier att behandla olika tänkbara utfall beroende på hur en organisation följer intentionerna i prestationskontraktet/överenskommelsen. De olika exemplen i scenarierna bygger på föreställningen om att landstingen är nyttomaximerande. I varje av de fem scenarierna finns potentiella förklaringar till landstingens resultatutfall. Scenario 1 och 2 visar på de grundläggande strukturerna som bör påverka en positiv respektive negativ resultatutveckling. Scenarierna 3,4 och 5 har samtliga influenser av strukturerna från scenario 1 och 2, men samtidigt har dessa kompletterats med ytterligare faktorer som enligt teorin kan ha påverkat arbetssättet med tillgängligheten inom landstingen.

De följande fem scenarierna kommer senare i studien att användas som mallar för att kategorisera och identifiera fem intressanta landsting för en djupare intervjustudie. Dessa fem utvalda landsting kommer sedan att prövas mot respektive scenario och undersökas om deras utfall kan förklaras utifrån scenarierna som beskrivs nedan. Urvalet av aktuella landsting för varje respektive scenario baseras på resultatvecklingen 2009-2012.

2.3.1. Scenario 1: Ett arbetsätt som ger en positiv resultatutveckling.

Enligt Broström m.fl. kan ett lyckat resultat antingen bero på att verksamheten har anpassats som en följd av införandet av prestationsbaserad ersättningsmodell eller att det skett en tillpassning av verksamheten som innebär att målen klaras utan att verksamheten har förändrats. Det behövs en organisering av processer m.m. som strävar mot det prestationsstyrda målet. Det innebär en anpassning och förändring av verksamheten för att tillgodose målen med styrmodellen, samt en förändring av agentens handlings- och tankesätt. (Internetkälla 3) Det är viktigt att anpassningen mot en viss styrmodell understryks och stärks av att medarbetarna inom verksamheten genomsyras av principalens grundtanke och målbild. Modellen får då en styrande effekt och att agentens agerande följer denna. (Internetkälla 3 s. 385-386) Det är viktigt att det sker ett ansvarsutkrävande av enheterna i verksamheten. Verksamheterna måste få ett ekonomiskt ansvar för de resurser som tilldelas och de ska matcha kostnaderna mot erhållna intäkter. De som utför prestationerna måste få ett resultatansvar. Om intäkterna ökar genom att verksamheten producerar mer prestationer ska

detta ge möjlighet att även öka kostnadssidan. Om situationen är den motsatta och intäkterna minskar innebär det att kostnaderna måste reduceras. (Berlin et al 2011 s.65)

Även en tillpassning av styrmodellen kan visa på att agenten redovisar ett bra ekonomiskt resultat. En sådan utveckling kan bero på att agenten utnyttjar kontraktets/överenskommelsens ”gråzoner” och har presterat resultat utifrån ett taktiskt förhållningssätt utifrån överenskommelsen. Agenten har utnyttjat oklara förhållanden i kontraktet/överenskommelsen till sin fördel. På kort sikt kan detta agerande ge högre intäkter.

Vid en prestationsstyrd modell blir det fokus på att utföra de prestationer som ger bäst intäkter och därmed finns risken att annat som är lika viktigt att göra inte beaktas på samma sätt. Detta är dock inte en entydig sanning av den forskning som skett inom området. Vad som framkommit är att det som mäts och som man pratat om – dialoger – det blir gjort. (Broström et al 2007 s.8) Det är därför viktigt i organisationen att ha ett förhållningssätt att de data som tas fram för att uppnå målen aktivt används och att jämförelser mellan åren och mot andra aktörer regelbundet sker. Det viktigaste är att det är en aktiv diskussion kring uppgifterna och måluppfyllelsen samt att detta hela tiden utvecklas utifrån vunna erfarenheter. Diskussionen är medlet, mätningen är input till diskussionen. Användningen av genomförda mätningar är det som avgör vad som händer i organisationen enligt de flesta studier som genomförts. Materialet måste analyseras på flera olika arenor så att organisationen kan agera utifrån detta underlag. (Broström et al 2007 s.9)

Enligt Anders Anell (2009 s.60) är det viktigt att arbeta med främjandet av individers motivation genom att tydliggöra målen för de anställda samt att det finns en strategi för hur utbildning och fortbildning hänger samman med arbetsfördelningen. Det är viktigt att de anställda har tillräcklig kompetens så att man kan styra sitt arbete och att man ser nytta av det egna arbetet i ett större sammanhang. Detta stärker individers inre motivation för att målen ska uppnås. För att lyckas med en styrning mot ett prestationsmål är det viktigt att organisationen har en bra personalpolitik och att man informerar och kompetensutvecklar personal utifrån den styrning som gäller. (Anell 2009 s.60)

I en prestationsersatt verksamhet blir det fokus på att prestera de prestationer som ger ekonomisk ersättning. (Berlin et al 2011 s.76) Det finns en risk att detta innebär undanträngningseffekter för annan verksamhet. Det är därför viktigt att producenten har beredskap på detta och har rutiner som regelbundet följs upp för att eliminera eventuella

negativa följd effekter av prestationsstyrningen. Finns det handlingsplaner för detta så ökar förutsättningarna för att alla arbetar mot samma mål.

2.3.2. Scenario 2: Ett arbetsätt som ger en negativ resultatutveckling.

I en prestationsstyrd fördelningsmodell måste alla inblandade kunna identifiera kopplingen mellan prestationen och ersättningen. En viktig förutsättning är att agenten har kunskap om vilken ersättning som kommer att erhållas för utförda prestationer. (Berlin et al 2011 s.63) Om agenten inte uppfattar att den ekonomiska ersättningen kompenserar för de kostnader som uppkommer för att uppnå de prestationsrelaterade målen kommer inte agenten agera mot dessa mål. (Lane 2005 s.33) Till skillnad från beteendekontrakten är det agenten som får ta de ekonomiska konsekvenserna om arbetet inte utförs inom kontraktets specifikationer. I de fall ekonomin är ansträngd i en organisation kan det i dessa fall vara mindre prioriterat att göra den ekonomiska satsning när den kompenserande ersättningen är beroende på många olika faktorer.

För att principal-agentteorin ska bli användbar i en offentlig kontext måste man först klargöra vilka aktörerna är och vilka motiv som påverkar och begränsar dem. (Lane 2005 s.254) I de överenskommelser mellan agent och principal som görs upp med en tredje part, kan inte alla inblandades åsikter tas till vara. Detta kan innebära att den ena partens åsikter och inputs åsidosätts i avtal, som slutligen gör avtalet ointressant för den drabbade parten att uppfylla.

En risk i samband med prestationsstyrning är om förutsättningarna inte har nått ut till verksamhetsansvariga. Det är ett stort problem och ett tecken på att landstinget har misslyckats med att ge ett helhetsperspektiv på styrningen om målen inte är kända hos de verksamhetsansvariga och övrig personal. Personalen ute i verksamheten har ofta fokus på den egna avdelningen samt dess problem och värderingar, därför ses inte alltid detta arbete som en del i en större organisation. (Broström et al 2005 s.201)

2.3.3. Scenario 3: Ett arbetsätt som ger en jämn resultatutveckling över tiden.

I de fall en organisation redan arbetat mot och uppfyller delar av de prestationsmål som därefter beslutas i en överenskommelse mellan principal och agent har denna organisation ett försprång mot övriga agenter. Om det har legat i organisationens eget intresse att tidigare producera dessa prestationer och att det nu har införts externa ersättningar för denna produktion så erhåller dessa producenter en extra ersättning. De har möjlighet att utnyttja ett

kontrakt utan att behöva göra någon större anpassning och blir därmed en typ av freerider då ersättning erhålls via befintlig prestationsproduktion. I takt med att överenskommelsen fortsätter att årligen löpa har konkurrerande agenter möjlighet att minska försprånget och därmed få en större ersättning. Samtidigt så sker ingen större förändring hos den agent som hade en fördel vid kontraktets/överenskommelsens start.

Ett jämnt resultat på en lägre nivå över flera år innebär att förutsättningarna från början var mindre förmånliga för agenten. Det var en startsträcka för att komma igång med arbetet. Organisationen har inte gjort några större förbättringar under kontraktets/överenskommelsens löptid utan utvecklingen har skett i samma nivå som för många övriga agenter vilket innebär att det erhålls en ersättning på motsvarande nivå som föregående år.

2.3.4. Scenario 4: Ett arbetsätt som ger varierande statsbidrag över tiden och har en negativ resultatutveckling 2012.

Principal-agentförhållandet i en politiskt styrd organisation kan vara problemfyllt. I de fall en anpassning av organisationen har skett utifrån ett kontrakt/överenskommelse av en folkvald församling så kan detta äventyras vid ett maktskifte efter ett val. Den nya folkvalda församlingen kan besluta utifrån nya prioriteringar och därmed minska arbetet mot kontraktet/överenskommelsen. Detta skulle kunna innebära att det sker en resultatförsämring under löpande kontrakt/överenskommelse.

Enligt tidigare beskrivning är det av stor betydelse hur de anställda inom produktionen har informerats om målen samt att det finns en beredskap att ge utbildning och fortbildning till berörda yrkesgrupper. Att personal har rätt kompetens och motivation är viktigt för att verksamhetens arbete mot prestationsmålen ska bli framgångsrikt. (Anell 2009 s.60) I de fall personer med specifik kunskap och egenskaper som stärker personalgrupperna finns kan detta innebära påverkan på de tjänster m.m. som ska produceras.

Organisationer som redovisar en mindre intäkt jämfört med föregående år i ett prestationsrelaterat kontrakt har ofta gjort någon förändring som påverkat prestationerna negativt. Det är mycket möjligt att även dessa organisationer hade ett väldigt bra utgångsläge när kontraktet/överenskommelsen undertecknades och fick därmed en stor ersättning under flera år men som sedan har minskat eller upphört. Ett annat alternativ till den lägre ersättningen kan vara att prestationsersättningsmodellen inte längre gynnar organisationen.

2.3.5. Scenario 5: Ett arbetssätt som ger varierande statsbidrag över tiden och har en positiv resultatutveckling 2012.

På samma sätt som det kan ske omprioriteringar och nya ställningstaganden efter ett val så att vissa externa målsättningar får lägre prioritet kan andra få högre prioritet. Ett nytt folkvalt fullmäktige kan besluta om tydligare satsning och anpassning mot externa prestationsmål vilket kan innebära högre intäkter.

Som tidigare har beskrivits så är de anställa i produktionen viktiga resurser. Att vara en bra arbetsgivare och få ett rykte inom branschen att ha en bra personalpolitik är värdefullt när ny personal ska rekryteras. I de fall det sker lyckosamma nyanställningar kan produktionen påverkas på ett positivt sätt och därmed kan intäkterna öka.

Om en aktör visar på relativt låga resultat under överenskommelsens första år och efter ett antal år lyckas uppnå en stark positiv trend i sina resultat kan detta tänkas bero på att aktören haft en relativt lång startsträcka. Agenten kan ha gjort det arbete som tidigare beskrevs i scenario 1. Med andra ord har agenten tagit beslut, förmedlat en tydlig målbild till hela verksamhetens alla nivåer och påbörjat vägen mot en anpassning av överenskommelsen. Även om detta görs i enighet med scenario 1 är det ingen garanti för att agenten omedelbart börjar visa en positiv utvecklingskurva för resultaten. Agentens grundförutsättningar för överenskommelsen kan ha varit missgynnsamma, vilket innebär att resultaten kan utebli trots en organisationell anpassning till överenskommelsens prestationskrav. Efterhand det goda arbetet, utifrån överenskommelsen kravbild, fortskrider kan det tänkas att resultaten kommer förbättras.

3. Metod

I detta avsnitt kommer studiens metodologiska design och ansats att presenteras. Kapitlet fortsätter med en redogörelse av intervjumetod och upplägg. Slutligen diskuteras studiens tillförlitlighet utifrån begreppen reliabilitet och validitet.

3.1. Metodval

Vår studie ämnar till att förklara landstingens resultatutveckling inom en prestationsbaserad överenskommelse med staten. Den överenskommelse som undersöks i studien heter ”Insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård (Kömiljarden)”. Principal-agentteorin är normativ för studien, med andra ord ses teorin som en ideal referensram till hur förhållandet mellan parterna bör fungera i verkligheten. Principal-agentteorin bygger på rationalitet och egenintresset hos den enskilde aktören. Det innebär att teorin utgår från grundtanken om att varje aktör handlar utifrån sina specifika omständigheter och målbilder, vilket ger den normativ potential för vår studie. Utifrån den normativa teorin utvecklar vi ett antal scenarier som bör förklara landstingens potentiella resultatutfall. Dessa scenarier kommer att användas för att förklara och analysera landstingens faktiska utfall utifrån teorin. På grundval av denna analys kommer ett antal intressanta landsting och frågeställningar till dessa att identifieras och ligga till grund för en intervjustudie där problematiken diskuteras mer ingående.

Undersökningen klassificeras som en teorikonsumerande studie då det är det enskilda fallets förklaringsfaktorer som ska förklaras utifrån existerande teori. En teorikonsumerande studie kan definieras genom att det är empirin som är primärt mål för studien och teorin är sekundär. (Esaiasson, Gilljam, Oscarsson, Wängnerud 2007 s.42-43) I vår studie är landstingens resultat i fokus och dessa ska förklaras utifrån principal-agentteorin. Studien har dock prövande drag då teoretiskt underbyggda scenarier testas utifrån empirin, men det är fortfarande de empiriska resultaten som står i centrum. Enligt Esaiasson m.fl. (2007 s. 43) handlar en teorikonsumerande studie om att i första hand förklara omständigheter i det undersökta fallet, men samtidigt har det resultat som uppnås betydelse för tilltron till den valda teorin. Om en given teori inte fungerar att förklara utvecklingen i det aktuella fallet bör tilltron till teorin, inom det aktuella fallets omständigheter, att minska. En teorikonsumerande undersöknings primära mål är att endast förklara resultatet i det utvalda fallet. (Esaiason et al 2007 s.100)

3.2. Ansats

Traditionellt sätt brukar förklaringsmodellerna för kvalitativ forskning delas in antingen induktion eller deduktion. En induktiv ansats innebär att forskaren utgår från en mängd

enskilda fall (empirin) och ämnar till att bygga upp en teori utifrån ett observerat samband i fallen. (Alvesson, Sköldberg 2008 s.54) Författarna till ”Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod” menar att en induktiv ansats utvinner en allmän sanning ur några observationer, detta förhållningsätt innebär att slutsatsen oftast blir en liten fokuserad del av den totala observationen och därför en trubbig ansats. (Alvesson et al 2008 s.54) En deduktiv ansats är motpolen till induktion, där utgår forskaren istället från teorin (en generell regel) och menar att teorin ifråga förklarar ett enskilt fall. Denna ansats anses av Alvesson och Sköldberg som mindre riskfylld, men fortfarande problemfylld: ansatsen kommer fram till en allmän regel som gäller för det specifika fallet, utan att faktiskt förklara något. Ansatsen klarar inte riktigt av att förklara några djupare mönster och böjelser för fallet i fråga, vilket enligt Alvesson och Sköldberg gör den platt och till viss del ointressant. (Alvesson et al 2008 s.55) Induktion och deduktion brukar traditionellt sätt ses som exklusiva förklaringsansatser i forskning, men det framhålls att det finns andra ansatser som är minst lika nyttiga förklaringsmetoder, då främst abduktion. En abduktiv ansats har flera drag från både induktion och deduktion. Abduktionen utgår från teoretiska förföreställningar, men låter sig påverkas av empirisk fakta och ligger därför närmre deduktionen än en induktiv ansats. Enligt Alvesson m.fl. står teorin och empirin bredvid varandra och utvecklar/påverkar varandra genom en växelverkan. (Alvesson 2008 et al s.56) Analysen i forskningen kan kombineras/föregripas av tidigare forskning/teori och fungera som inspirationskälla för att få förståelse för olika mönster i undersökningen. Teorin har extra tyngd gentemot empirin inom en abduktiv ansats, empirin ses som ett avstämningsinstrument och en idégivare som ständigt influerar teorin. (Alvesson 2008 et al s.56) En abduktiv ansats har valts i vår studie eftersom empirin och teorins ömsesidiga påverkan därigenom kan influera studien. Studien har en viss deduktiv inriktning då forskningsproblemet undersöks utifrån predestinerade teoretiska scenarier och därmed överskuggar en förutbestämd forskningskategori studien. Dock präglar en reflekterande ansats studien och empirin kommer att tillåtas utrymme till att påverka slutsatsen, speciellt genom intervjustudien – där ytterligare empirisk reflektion ges över den teoretiska delen.

3.3. Design och tillvägagångssätt

Undersökningen är konstruerad som fallstudie av en överenskommelse mellan den svenska regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) gällande hälso- och sjukvården där landstingens resultat sedan analyseras utifrån principal-agentteorin. För vår studie anses en kvalitativ fallstudiedesign vara rätt väg att gå eftersom vi ges möjlighet att djupdyka i ett

specifikt fall, studera mönster i en specifik företeelse på nära håll och jämföra hur landstingen har förhållit sig till principal-agentteorin. Anledningen till att fallstudien är intressant för den här uppsatsen grundar sig i möjligheten att söka djupare förståelse för hur principal-agentteorin kan användas för att förklara förhållandet mellan parterna i en överenskommelse.

Inom forskningen skiljs det på ”single-case design” och ”multiple-case design”. Skillnaden mellan de två typerna av fallstudieforskning beror på att det antingen är ett eller flera fall som formar studien. (Yin 2009 s.52) I vår studie fokuserar vi på ett fall, en överenskommelse mellan staten och SKL, ”Kömiljarden”. Vår studie byggs upp genom ”single-case design” p.g.a. att vi testar empirin mot teoretiskt underbyggda scenarier, samt att vi studerar en unik företeelse – varje överenskommelse består av unika omständigheter och avtal. (Yin 2009 s.52) För att nå djupare förståelse för studieobjektet inom en fallstudie med ”single-case design” kan forskaren inkorporera underställda analysenheter och därmed skapa en mer allomfattande och komplex studie. (Yin 2009 s.47-48) För att kunna analysera och jämföra den empiriska datan i studien betonar Yin betydelsen av ”analytisk generaliserbarhet”, där en tidigare utvecklad teori används som en mall för att analysera det empiriska underlaget. De empiriska resultaten anses, av Yin, bli än mer slagkraftiga om två eller fler analysenheter stödjer studiens teoretiska mall. (Yin 2009 s.38) I vår studie väljs fem landsting ut utifrån olika teoretiskt uppbyggda scenarier som underställda analysenheter. Detta görs för att ge möjlighet för en djupare analys av omständigheterna och öka förståelsen för det enskilda fallet. Dessa underställda analysenheter används även som en teoretisk mall för att analysera och utveckla det empiriska materialet.

Vid en fallstudie är designen av stor betydelse. Med en väl formulerad design undviker forskaren att nå en situation där undersökningen inte svarar på studiens ursprungliga frågor. Om exempelvis en enskild organisation (överenskommelse) undersöks, är det av stor vikt att forskningsfrågorna är formulerade på så vis att de kan svaras på genom att endast undersöka det utvalda fallet. (Yin 2009 s.25-26) Därför har vi grundligt avvägt vilka frågor som kan svaras på inom ramen för kömiljarden och de fem landsting som undersöks djupare.

Fallstudier kan baseras på en kombination av kvantitativ och kvalitativ information. (Yin 2009 s.15-16) För att bäst besvara uppsatsens forskningsfrågor och uppnå studiens syfte är undersökningen uppbyggd av empiriskt material baserad på kvantitativ och kvalitativ data. Den kvalitativa datahanteringen är uppdelad i två separata faser: en dokumentstudie där informationen baseras på relevant data om ”Kömiljardens” avtal, resultat och utvärderingar,

samt en del som baseras på en genomgång av utvalda landstings styrdokument och en intervjustudie. De båda separata faserna kompletterar varandra väl och ger studien en bred men fokuserad datainsamling, vilket stärker studiens trovärdighet. Dokumentstudien diskuteras utifrån principal-agentteorin och ämnar ge en teoretisk och empirisk överblick av fenomenet ”Kömiljarden”. Den efterkommande intervjustudien strävar efter att ge en djupare inblick om landstingens resultat kan förklaras med hjälp av principal-agentteorin.

Studien kräver en genomgång av ”Kömiljarden” och landstingens resultatutveckling under årens lopp. Genom att klassificera de olika landstingen till teoretiskt belagda scenarier utkristalliseras ett antal landsting som är av extra intresse för ytterligare undersökning, alltså vår intervjustudie. De fem landstingen väljs ut för att de enligt resultaten motsvarar de siffror som kan förväntas av respektive scenario. Varje landsting representerar ett typfall av ett teoretiskt belagt scenario. Scenarierna kommer även att användas för att urskilja intressanta frågeställningar som läggs till grund för intervjustudien. I intervjun kommer frågor att ställas för att djupare undersöka om varje landstings resultatutveckling motsvarar det teoretiska underlaget. Resultatet från intervjuerna kommer slutligen att jämföras och analyseras utifrån den tidigare beskrivna teorin och empirin.

3.4. Intervju

En sammanställning av ovan beskrivna material ligger till grund för en intervjustudie. Genom att jämföra och analysera resultaten och överenskommelsernas utveckling från år till år utifrån principal-agentteorin ges vi möjlighet att identifiera intressanta landsting och dessutom intressanta följdfrågor till dessa. Det har gjort valet att konstruera en semistrukturerad informantstudie relativt enkelt. Valet ses av oss som det självklara alternativet för att fortsätta med vår analys av problemet.

3.4.1. Urval

Med den tidigare dokumentstudien av överenskommelsen och dess årliga resultat blir urvalet av intressanta landsting att undersöka relativt självklara. Som tidigare nämnts kommer resultatet att jämföras med fem stycken konstruerade teoretiska scenarion, dessa scenarion lyfter fram fem typiska utfall som kan väntas i relationen mellan staten och landstingen enligt principal-agentteorin. Utifrån att jämföra de teoretiska scenarierna som har byggts upp kring överenskommelsen och sedan jämföra dessa med verkliga utfall utkristalliseras ett visst antal landsting som är intressanta för en intervjustudie. De fem landstingen som väljs ut baseras på följande uppdelning av potentiella resultatutfall:

1. En positiv trend avseende erhållna statsbidrag över den tid överenskommelserna har funnits.
2. En negativ trend avseende erhållna statsbidrag över den tid överenskommelsen har funnits
3. Landsting som redovisar en jämn tilldelning av statsbidrag över tiden.
4. Landsting med varierande utfall med minskade statsbidrag 2012
5. Landsting med varierande utfall med ökat statsbidrag 2012

Alla Sveriges 21 landsting kommer att placeras in i något av dessa scenarier. Efter en jämförelse mellan landstingen inom varje scenario lyfts de landsting som visar på en extra intressant utveckling fram. I första hand har urval skett av landsting som har haft större resultatförändringar mellan åren, förutom ett landsting som har valts ut utifrån att en jämn resultatutveckling redovisas på en nivå lägre än riksgenomsnittet. De utvalda landstingen kan ses som ett typfall av respektive scenario.

De individer som representerar sitt landsting vid intervjun har genom en dialog med respektive landsting valts ut för sina specifika kunskaper kring överenskommelserna gällande hälso- och sjukvård. Samtliga av de personer som valts ut för en intervju tillhör det nationella nätverket för kömiljarden. Vi har valt att inte presentera de intervjuade personernas namn eftersom de i intervjun representerar ett visst landsting och därmed undviker att få svar som avviker från verkligheten.

3.4.2. Intervjumetod

För att bäst kunna besvara vårt syfte är undersökningen utformad som informantintervjuer. En informantintervju strävar efter att använda intervjuobjekten som ”sanningssägare”, en källa som ska säga något om verkligheten i ett fall. (Esaiasson 2007 s.257) För den här studien blir det intressant att undersöka hur det faktiska arbetet fungerar inom det specifika landstinget. Esaiasson m.fl. framhåller betydelsen för forskaren att källkritiskt analysera svaren från intervjun och kombinera/jämföra/analysera svaren utifrån tidigare gjord dokumentstudie/teori. (Esaiasson 2007 s.258) I studien har vi därför intagit en källkritisk och analyserande utgångspunkt till intervjusvaren. Detta för att se om informanternas svar utmärker sig eller visar sig vara extra intressanta. Informationen som utvinns genom intervjuerna analyseras sedan utifrån den tidigare dokumentstudien och teorin. För att säkerställa att intervjusvaren återspeglar verkligheten har landstingen givits möjlighet att sakgranska innehållet. Detta har

inneburit en chans för båda parter att upptäcka och kritiskt granska eventuell felinformation och misstolkningar.

Intervjuerna har varit semistrukturerade. Det är en intervjuform som står mellan den fokuserade och strukturerade metoden. (May 2001 s.150) Bryman beskriver att en semistrukturerad intervju förutsätter att de frågor som ställs till informanten utgår från ett intervjuschema eller en intervjuguide³, men där frågornas ordningsföljd och formulering kan variera och förändras. (Bryman 2011 s.206) Frågorna har varit specificerade men vi har i intervjuögonblicket haft frihet att fördjupa frågorna om ett ofullständigt svar givits. Specificeringen har utgått från de resultat som har presenterats från överenskommelse utifrån våra teoretiska scenarier. Genom den semistrukturerade intervjun undviker vi att få icke uttömmande svar. På samma gång har vi haft frihet att formulera om frågorna och ordningen om det visar sig att informanten har missuppfattat eller inte förstår själva frågan. Genom att ställa öppna, men specifika frågor har informanten haft möjlighet att själv utveckla och specificera sina svar utifrån det enskilda landstingets specifika förhållande.

Studiens intervjuguide är indelad i fem olika huvudområden. Dessa är Anpassning av organisation, Förmedling av information, Ansvar och motivation, Kommunikation av resultat samt Sidoeffekter. Inom varje område finns ett antal frågeställningar. Indelningen grundas på olika faktorer som baseras på studiens teoretiska bas. I redovisningen av resultatet från intervjun redovisas svaren utifrån dessa grupper. I vissa fall redovisas även ett Övrigt område.

För studien har en informantundersökning via telefonintervju valts eftersom det underlättar både för intervjuaren och för informanten. En intervjustudie ansikte mot ansikte hade inneburit långa resor för intervjuaren och dessutom ett pusslande med schemat för att få passande tider med samtliga informanter. Enligt Bryman (2012 s.214) är telefonintervjun ett bra alternativ för intervjuare som arbetar i par. Detta möjliggör för den ena forskaren att övervaka intervjun och upptäcka eventuella parafraiseringar eller felformuleringar av intervjuguiden. Enligt viss forskning har det även påvisats att intervjuaren påverkar intervjuobjektets svar i mindre utsträckning om kontakten sker via telefon. (Bryman 2012 s.214) Vi har kompletterat vår intervju med att ta del av dokument såsom årsredovisning, budgetdokument och revisionsrapporter som i vissa fall har tillfört information. Som beskrivet i tidigare i kapitlet kommer analysen av intervjuerna bestå av att bedöma om de svar som erhålls stödjer eller avviker från studiens fem scenarier.

³ Studiens intervjuguide finns bifogad i Bilaga 1

3.4.3. Metodproblematik

Under studiens gång uppstod problematik med två utvalda landsting. Ett landsting avstod från att delta i studien och fick ersättas med ett annat landsting i samma scenariogrupp. Detta avhopp medförde inga större negativa konsekvenser för vår studie, då det utvalda landstinget snabbt kunde bytas ut mot ett annat med liknande resultatutveckling. Ett annat landsting hade ingen möjlighet att genomföra en telefonintervju inom studiens tidsramar. Detta landsting visade på för studien en extra intressant resultatutveckling, vilket gjorde det svårt att byta ut mot ett annat landsting. Landstinget i fråga gavs istället möjlighet att svara på frågorna via e-mailkorrespondens. Detta innebar en mindre dynamisk intervjusituation än telefonintervjun, då möjligheten för informanten att fördjupa sina svar minskade. Via e-mail ställde vi relevanta följdfrågor för att få en mer heltäckande bild av situationen i landstinget. Vi valde även att komplettera bilden av landstinget genom en utförligare genomgång av relevanta styrdokument.

3.5. Studiens tillförlitlighet och generaliserbarhet

För att studien ska räknas som tillförlitlig är det av stor vikt att forskningen visar på extern reliabilitet. Detta avgörs av i vilken utsträckning studiens resultat går att replikera. (Bryman 2012 s.390) Vissa forskare menar på att det finns svårigheter att replikera en kvalitativ studie i en bredare kontext. Svårigheten att replikera resultaten i en kvalitativ intervjustudie beror på att det oftast är ett litet antal individer inom en viss organisation eller omständighet som intervjuas. I en kontext för en informantstudie innebär det svårigheter att veta om informanten verkligen representerar sin eventuella organisation på ett korrekt sätt. (Bryman 2012 s.405-406) Två experter på samma ämne inom samma organisation kan vid ett givet tillfälle ge varierande svar. Risken för detta har minskat då informanten givits möjlighet att diskutera frågorna internt före intervjutillfället. De för studien uppbyggda scenarierna, underlättar även för studiens replikerbarhet. Det går tydligt att följa utifrån vilka premisser vi analyserar fallet. Eftersom vi är två forskare som utför studien blir även studiens interna reliabilitet av stor vikt. Den interna reliabiliteten innebär att forskarlaget försäkrar att de är överens om att de hör och ser samma saker. (Bryman 2012 s.390) För att undvika att vi inom forskarlaget uppfattat samma förhållande på olika sätt har vi båda deltagit vid samtliga intervjutillfällen och studerat samma material. Intervjuerna har spelats in och transkriberats gemensamt. Därefter har en dialog förts om den aktuella datan som slutligen har resulterat i en gemensam konklusion.

För att studien ska uppnå tillförlitlighet måste den även uppnå god validitet.

Validitetsbegreppet delas upp till intern respektive extern validitet. Den interna validiteten består av om forskarens observationer stämmer överens med studiens teoretiska grund, alltså om studiens slutsatser visar på trovärdighet. (Bryman 2012 s.390) Inom vår studie har vi lagt fokus på att utvinna ett så verklighetsnära svar från informanten som möjligt. Därför har informanten fått ta del av frågorna på förhand och därmed ges möjlighet att säkerställa information med övriga experter och verksamhetsledningen att svaren är representativa för organisationen. Dessutom har informanten i efterhand fått möjlighet att sakgranska innehållet. Resultaten i studien bedöms ha teoretisk relevans d.v.s. hur väl de frågor vi ställer till våra intervjupersoner ger svar på det vi vill undersöka.

Studien måste även påvisa extern validitet, som behandlar i vilken grad studiens resultat kan generaliseras över ett bredare sammanhang. (Bryman 2012 s.390) De flesta kvalitativa fallstudierna har inte ambitionen att generalisera sina statistiska fynd över en större population. (Bryman 2012 s.406) Inom ramen för den här studien finns inte heller någon ambition att överföra varje landstings resultatutveckling till en annan överenskommelse. Med andra ord kommer vi inte att komma fram till att om ett landsting visar på ett gott resultat inom kömiljardens specifika kriterier, så kommer landstinget även att visa på goda resultat i en annan överenskommelse. Det är istället studiens analytiska generaliserbarhet som ligger i fokus, d.v.s. i vilken mån studiens teoretiska bas kan användas i en liknande kontext. (Yin 2009 s.38) Studiens generaliserbarhet kommer med andra ord att bestå i om ett landsting förhåller sig på ett visst sätt till studiens teoretiska grund inom en liknande styrmodell, så kommer resultatet sannolikt att utvecklas på motsvarande sätt som för den här genomförda studien.

4. Kömiljardens förutsättningar och resultat

I följande kapitel ges först en genomgång av överenskommelsens innehåll och resultat mellan 2009-2013. Sedan följer en gruppering av landstingen i olika resultatutfallsgrupper som är kopplade till studiens fem scenarier. Inom denna del beskrivs samtliga landstings erhållna statsbidragsutfall 2009-2012. Kapitlet avslutas med en sammanfattande tabell över landstingens placering i de fem olika scenarierna.

4.1. Insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård, "Kömiljarden".

En god tillgänglighet till hälso- och sjukvården är avgörande för individens trygghet och välbefinnande. Ett problem i den svenska vården är att väntetiderna har varit långa. Det främsta politiska styrmedlet för detta problem har varit att arbeta med vårdgarantier, d.v.s. fastläggandet av hur lång tid patienter maximalt ska behöva vänta. Mellan 1992-2004 fanns begränsade vårdgarantier hanterade mellan regeringen och landstingen. (Socialstyrelsen 2012, s. 10)

Ett viktigt steg för att förbättra tillgängligheten är den nationella vårdgarantin som infördes 2005. I denna framgår bl.a. att efter beslut om remiss ska ett besök inom den specialiserade vården kunna erbjudas inom högst 90 dagar efter beslutsdatum. Efter beslut om behandling/åtgärd ska denna erbjudas inom högst 90 dagar. (Socialstyrelsen 2012 s.10) Staten gav bidrag under åren 2005-2008 till landstingen motsvarande 2,45 miljarder för att genomföra den nationella vårdgarantin. Staten hade även under åren 2002-2008 stött landstingen med sammanlagt 8,6 miljarder för åtgärder för att förbättra tillgängligheten i vården. (Internetkälla 4) Statsbidraget betalades ut till samtliga landsting och hade en styrningseffekt enligt ett beteendekontrakt. Samtliga landsting erhöll medel utifrån att respektive organisation skulle arbeta för att förbättra tillgängligheten.

I en utvärdering av vårdgarantin konstaterades att den befintliga modellen för att stimulera arbetet med vårdgarantin inte gav avsedd effekt. Det fanns brister i tillgängligheten till vården och till vissa behandlingar. Dessutom varierade situationen avsevärt mellan landsting. (Internetkälla 4) I december 2008 tog därför regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting ett initiativ till en överenskommelse med en prestationsbaserad modell där krav på resultat var en förutsättning för att få del av de resurser som avsatts för genomförandet av vårdgarantin. Resultatet blev då en överenskommelse enligt prestationskontraktmodellen och därmed en styrning mot att vissa prestationer skulle uppnås. I överenskommelsen ingick att sammanlagt 1 miljard kronor skulle delas ut till de landsting som uppnådde prestationsmålen.

Fördelningsgrund för de som klarade målet baserades utifrån antal invånare i länet. Då staten valde att maximera statsbidraget fanns det en osäkerhetsfaktor för hur mycket ersättning ett landsting skulle få, då de var beroende på hur det gick för andra landsting. (Internetkälla 4) Då medlen utbetalades i efterhand grundat i en uppföljning, blev det en förutsättning att respektive landsting själva måste finansiera kostnaderna för att förbättra tillgängligheten. De intäkter som eventuellt kunde matcha dessa kostnader fanns det en stor osäkerhet kring.

Under 2010 beslutades att vårdgarantin skulle ingå i hälso- och sjukvårdslagen från den 1 juli 2010. I förordningen om vårdgaranti fastställs gällande tidpunkter. Det innebär att landstingen är skyldiga att tillhandahålla vård till aktuella patienter inom de tidsgränser som framgår i nämnda förordning. De tidsgränser som gällde då och som gäller fortfarande motsvarar de som ingick i 2005 års vårdgaranti d.v.s. att väntetiden ska vara max vara 90 dagar för ett besök i specialistvården respektive väntetid för behandling/åtgärd. Den överenskommelse som skrevs inför 2011 hade en högre ambitionsnivå då målet för att nå ersättning var koncentrerad till de som hade väntat i 60 dagar. (Internetkälla 6)

När den första vårdgarantin beslutades 2008 var den planerad att vara till och med 2012. I 2011 års överenskommelse framgick att nya överenskommelser skulle skrivas för varje år till och med 2014. (Internetkälla 6) Under åren 2009-2013 har förutsättningarna nästan hela tiden ändrats från år till år men grunden med en prestationsersättning utifrån tillgängligheten kvarstår liksom beloppet 1 miljard kronor.

Socialstyrelsen har i uppdrag att utvärdera landstingens arbete med överenskommelsen. De ska också bevaka att det inte uppstår några negativa effekter inom andra delar av vården. Uppföljningen av kömiljarden omfattar de 42 operationerna och åtgärderna i SKL:s databas samt alla övriga operationer och åtgärder inom varje specialitet. (Socialstyrelsen 2013 s.28)

4.1.1. Överenskommelsen 2009

Överenskommelsen 2009

En förutsättning för att ett landsting skulle få del av medlen var att de senast den 28 februari 2009 lämnade en handlingsplan till Socialdepartementet. En annan förutsättning var att landstinget rapporterade väntetider till databasen ”Väntetider i vården”. En miljard fördelades till landsting enligt: 900 mnkr fördelades befolkningsrelaterat till de landsting som nådde målet att minst 80 procent av patienterna i landstinget fick träffa specialist respektive fick behandling inom specialiserad vård inom 90 dagar. Återstående 100 mnkr delades lika mellan

de landsting som nådde en nivå där 90 procent eller fler av patienterna fick besöka specialist respektive fick behandling inom planerad specialiserad vård inom 90 dagar. Om inget landsting nådde målet om 90 procent så fördelades de 100 mnkr som avsattes till detta mål istället mellan de landsting som uppnått 80-procent målet. En avstämning per den 30 november 2009 kom att ligga till grund för fördelningen av tillgänglighetsmedel. (Internetkälla 4)

Resultat 2009

Det första året 2009 grundades utbetalningen på endast en mätperiod. Det innebar att landstingen hade möjlighet att organisera sig så att just vid denna mättpunkt var förutsättningarna goda att nå målet.

Merparten av landstingen, 17 av 21, klarade målen för att få full ersättning som uppgick till 111 kr per invånare. Fyra landsting klarade inte prestationsmålet fullt ut. Dessa landsting var Stockholm, Uppsala och Dalarna som erhöll ca 100 kr per invånare. Minst ersättning mottog Västernorrland, motsvarande 48 kr per invånare. (Se bilaga 2 och 3)

4.1.2. Överenskommelsen 2010

Överenskommelsen 2010

År 2010 fördelades 900 mnkr mellan de landsting som nådde målet att minst 80 procent av patienterna i landstinget hade väntat 90 dagar eller kortare på ett beslutat specialistbesök eller behandling inom planerad specialiserad vård. Återstående 100 mnkr fördelades mellan de landsting som nådde en nivå där 90 procent eller mer av patienterna hade väntat 90 dagar eller kortare. Om inget landsting nådde målet 90 procent fördelades dessa 100 mnkr istället mellan de landsting som uppnått 80 procentmålet. I princip var det samma förhållande som föregående år men texten var ändrad så att fokus var på ”patienter som väntat 90 dagar eller kortare”. (Internetkälla 5)

Parterna var överens om att en avstämning skulle ske per den 31 mars 2010. Vid denna avstämning gällde att ”Antal väntande kortare än 90 dagar (0-90 dagar) för kvartalet dividerat med totalt antal väntande minus frivilligt väntande för kvartalet”. (Internetkälla 5)

För fördelning av medlen för perioden 1 april-31 december skedde en avstämning per den 31 december 2010. Vid denna avstämning gällde att ”Antal väntande kortare än 90 dagar (0-90

dagar) för perioden den 1 september-31 december 2010 dividerat med totalt antal väntande för samma period. (Internetkälla 5)

En annan förändring som infördes var att det ställdes fler allmänna villkor att lämna in uppgifter till Socialstyrelsen samt särskilda villkor för vilka uppgifter som skulle inrapporteras till väntetidsdatabasen. Vid förändringen efter den 1 april 2010 exkluderades inte längre de patienter som själva hade valt att vänta längre än 90 dagar, d.v.s. de patienter som frivilligt var väntande över 90 dagar. (Internetkälla 5)

Resultat 2010

Första mätpunkten var på våren och avsåg månaderna januari-mars. Denna mätning var underlag för 25 procent av 2010 års statsbidrag. Då antalet väntande patienter kunde reduceras om patienten var frivilligt väntande öppnade detta för en möjlighet att aktivt arbeta för att få bort patienter som frivilligt var väntande över 90 dagar. Avstämningen i december månad innebar att medel fördelades efter det genomsnittliga resultatet för perioden 1 september till 31 december 2010 och låg till grund för 75 procent av 2010 års statsbidrag. Vid denna mätning var inte de frivilligt väntande patienterna exkluderade.

Resultatet för 2010 blev en större spridning av statsbidraget jämfört med 2009. En orsak till detta var att det var två mätningar med olika förutsättningar. Vid vårens mätning då 250 mnkr fördelades så var spridningen mellan landstingen ganska liten. Det var 19 landsting som erhöll mellan 25-32 kr per invånare. Dalarna och Västernorrland redovisade avvikande resultat med 12 kr per invånare respektive 0 kr per invånare. Vid den andra mätningen som grundades på fyra månaders resultat var spridningen mycket större. Vid denna mätning var de frivilligt väntande patienterna inkluderade. Totalt för året blev det en spridning av statsbidraget från 12 kr per invånare i Dalarna till 326 kr per invånare i Halland. Snittbidraget var 106 kr per invånare. Andra landsting med låga ersättningar under 75 kr per invånare var Stockholm med 25 kr per invånare och Västmanland med 29 kr per invånare. De landsting som fick mest ersättning 2010 utöver Halland var Jönköping och Kalmar som båda hade ett statsbidrag motsvarande 200 kr per invånare. (Se bilaga 2 och 3)

4.1.3. Överenskommelsen 2011

Landstingen var from 1 juli 2010 skyldiga att tillhandahålla vård inom de tidsgränser som ställs upp enligt hälso- och sjukvårdslagen. Mot bakgrund av detta var den nationella tillgänglighetssatsningen och överenskommelsen för 2011 främst en stimulansåtgärd för att få

landstingen att uppnå en ytterligare förbättrad tillgänglighet utöver lagkravet. För 2011 var de grundläggande kraven att svarsfrekvensen för rapportering till den nationella väntetidsdatabasen skulle uppgå till minst 95 procent under årets alla månader. Rapportering av väntande skulle finnas i väntetidsdatabasen senast den 20:e i månaden efter den månad som mätperioden avsåg, samt att rapportering skulle ske enligt Socialstyrelsens föreskrifter. (Internetkälla 6)

Den prestationsbaserade ersättningen för 2011 var att 800 mnkr fördelades till de landsting som nådde målet att minst 70 procent av patienterna i landstinget hade väntat 60 dagar eller kortare på besök eller behandling inom planerad specialiserad vård. Återstående 200 mnkr fördelades till de landsting som nådde målet att minst 80 procent av patienterna i landstinget hade väntat 60 dagar eller kortare. Beloppen delas lika för besök respektive behandling. (Internetkälla 6)

Avstämningsproceduren förändrades för 2011 och den skulle nu istället ske månadsvis under hela året. Medlen fördelades i överenskommelsen utifrån resultaten varje månad. Resultatet beräknades enligt: antal väntande 60 dagar eller kortare (0-60) per månad dividerat med totalt antal väntande per månad, inklusive patientvald väntan. Fördelningen av statsbidrag mellan de landsting som uppnådde målen skedde i relation till deras befolkningsunderlag vid tidpunkten när beräkningen av medel genomfördes. (Internetkälla 6)

En annan förändring jämfört med 2010 var att det blev fokus på de patienter som väntat 60 dagar eller mindre istället för som tidigare 90 dagar som blev ett lagstadgat krav. Samtidigt ändrades kraven till att 70 respektive 80 procent skulle ha väntat 60 dagar eller mindre. Tidigare var procentsiffrorna 80 respektive 90 procent när målet hade fokus på 90 dagar. En förändring i modellen var att beloppet hade fördubblats till de landsting som uppnådde det högre prestationsmålet från 100 mnkr till 200 mnkr. (Internetkälla 6)

Resultat 2011

För 2011 blev skillnaden mellan det landsting som fick mest statsbidrag jämfört med det som fick lägst ersättning ännu större. Minst ersättning fick Örebro med 11 kr per invånare och mest ersättning fick Halland med 590 kr per invånare. År 2011 fick tio landsting en ersättning på 75 kr per invånare eller lägre, detta kan jämföras med sju landsting för året innan. Fem landsting erhöll en ersättning över 200 kr per invånare, jämfört med tre landsting året innan. Den genomsnittliga ersättningen per invånare uppgick till 105 kr.

Spridningen i statsbidraget blev större under 2011 och detta förklaras till stor del av att det blev färre landsting som delade på det månatliga statsbidraget under vissa månader. Varje månad utdelades 83,2 mkr fördelat på två potter med 66,6 mkr för 70-procentnivån respektive 16,6 mkr för 80-procentnivån. Därutöver sker fördelningen av halva beloppet till besöksgarantin och halva beloppet till behandlingsgarantin. Under juli och augusti månad klarade bara fyra landsting 70-procentnivån för tillgängligheten. Dessa landsting fick då del av statsbidraget på 66,6 mkr för juli respektive augusti månad. I augusti uppnådde Halland som enda landsting tillgänglighet motsvarande 80-procent för besök och fick därmed hela månadspotten. Inget landsting uppnådde denna gräns för juli månad och därmed utdelades dessa medel istället till de landsting som klarade 70-procentgränsen. (Se bilaga 2 och 3)

4.1.4. Överenskommelsen 2012

De prestationsbaserade medlen för 2012 hade samma fördelningsgrunder som under 2011. Det tillkom dock två nya särskilda villkor. Det ena var att landstingen, från och med den 1 januari 2012 varje månad, behövde lämna statistik över faktiska väntetider till SKL:s väntetidsdatabas. Det andra kravet var att landstingen skulle redovisa ledtider för bild- och funktionsmedicin samt neurofysiologi under december månad 2012. (Internetkälla 7)

Resultat 2012

I resultatet för 2012 blev det lägsta värdet 0 kr per invånare i Uppsala. Mest statsbidrag fick Gotland med 545 kr per invånare. Antalet landsting med en ersättning med 75 kr per invånare eller lägre var sju landsting jämfört med tio året innan. En viktig skillnad var att tre av dessa landsting hade mindre än 10 kr per invånare. Detta bör jämföras med 2011 års resultat, då det lägsta beloppet som utdelades var 11 kr per invånare. Antalet landsting med en ersättning över 200 kr per invånare var lika många som 2011 d.v.s. fem stycken.

Det var fortfarande en väldigt stor spridning mellan de landsting som fick mest statsbidrag jämfört med de landsting som fick minst statsbidrag. Även för 2012 förklaras spridningen av att det i vissa månader är färre landsting som uppnår gränserna för ersättning. En förändring jämfört med 2011 kan noteras, då antalet landsting som fick ersättning i juli månad för 70-procentgränsen uppgick till nio och för augusti till åtta landsting jämfört med fyra året innan. I juli fick två landsting dela på statsbidraget för besökstillgängligheten på 80-procentnivån. Dessa var Östergötland och Gotland. För augusti fick Gotland hela beloppet både för tillgängligheten för besök och för behandling över 80-procentnivån vilket motsvarade 16,6 mnkr. (Se bilaga 2 och 3)

4.1.5. Överenskommelsen 2013

De medel som utdelas till landstingen för 2013 är 988 mnkr. Övriga 12 mnkr ska utbetalas till SKL för arbete med att utveckla olika vårdprocesser samt vidareutveckla informationen om och inrapporteringen av väntetider. För 2013 har de grundläggande kraven ökat genom att rapportering nu ska ske av både väntande och faktisk väntetid till den nationella väntetidsdatabasen månatligen. För att få del av kömiljarden måste även andelen patienter som väntat 60 dagar eller kortare på första besök respektive behandling uppgå till minst 70 procent för respektive mätperiod. Ett nytt krav är att även planerade återbesök ska inrapporteras för november och december 2013. (Internetkälla 8)

Den prestationsbaserade ersättningen för 2013 är att 694 mnkr fördelas till de landsting som når målet att minst 70 procent av patienterna i landstinget har väntat 60 dagar eller kortare på besök eller behandling inom planerad specialiserad vård. 294 mnkr fördelas till de landsting som når målet att minst 80 procent av patienterna i landstinget har väntat 60 dagar eller kortare. Beloppen delas lika för besök och behandling. (Internetkälla 8)

Förändringen jämfört med 2012 är att de landsting som har bäst tillgänglighet premieras ännu mer 2013 då potten till 80-procentnivån har ökat från 200 mnkr till 294 mnkr. Motsvarande sänkning har skett av statsbidraget till landsting som uppnår 70-procentnivån. (Internetkälla 8)

Resultatet beräknas från 2013 enligt följande: antal genomförda förstabesök respektive operation eller behandling 60 dagar eller kortare (0-60) per månad dividerat med totalt antal genomförda förstabesök respektive operation eller behandling per månad. Fördelningen mellan de landsting som uppnår målen sker i relation till deras befolkningsunderlag vid tidpunkten när beräkningen av medel genomfördes. (Internetkälla 8)

En förändring vid beräkningen är att det nu är störst fokus på de besök och operation/behandlingar som genomförts och inte på de väntande patienterna. Det finns dock kvar ett grundkrav att antalet väntande patienter som väntat 60 dagar eller kortare ska uppgå till minst 70 procent för respektive mätperiod. (Internetkälla 8)

Resultat 2013

På hemsidan för kömiljardens uppföljning presenteras tillgänglighetssiffrorna för samtliga landsting. (Internetkälla 9) Då det enligt ovan beskrivning är något ändrade förutsättningar för mätningen av tillgänglighet 2013 så är det svårt att jämföra resultatet mot förra årets siffror. För januari och februari var det endast Gotland som klarade 80-procentgränsen för

behandlingar. I mars månad är det fler landsting som kommer upp i den högre gränsen. Gotland har fått sällskap av Blekinge, Halland, Norrbotten samt Östergötland. Fyra landsting klarade 80-procentmålet för besök i januari. Dessa var Kalmar, Stockholm, Jönköping samt Gotland. I februari klarade även Halland och Östergötland 80-procentnivån. Samtliga dessa sex landsting har även nått gränsen för besök under mars månad. Därutöver uppnår ytterligare åtta landsting gränsen, bl.a. Skåne. Totalt har femton landsting fått ersättning för den högre ersättningen för 2013. Motsvarande siffra var tretton landsting för 2012.

Därutöver är det tre landsting som kommit över 70-procentgränsen 2013 och därmed kommit upp till gränsen för statsbidrag. Tre landsting har ännu inte kvalificerat sig för statsbidrag. Det är Dalarna, Sörmland och Uppsala, motsvarande resultat förra året var ett landsting.

4.2. Landstingens ekonomiska resultat för kömiljarden 2009-2012

Nedan redovisas landstingens resultat grupperade i fem grupper beroende på den resultatutveckling som landstingen har haft under perioden. Tilldelningen av statsbidraget har skett utifrån olika förutsättningar under perioden. Under 2009 fanns det endast ett mätningstillfälle. Detta utökades 2010 till två mättillfällen. Statsbidragstilldelningen grundades på de sju månader som var berörda av mätningen. Från 2011 sker en månatlig uppföljning och tilldelningen av statsbidrag fördelas per månad både för besök och för operationer. Det innebär att totalt kan ersättning erhållas tolv månader för besöksersättning och tolv månader för operationsersättning, totalt 24 månader. Detta gäller både för den lägre nivån på 70 procent och för den högre nivån på 80 procent. Det innebär att om ett landsting uppnår samtliga mål under året så erhålls totalt 48 månadersersättningar. För 2011 och 2012 har 80 procent av den totala miljarden fördelats till landsting som uppnådde den nedre resultatgränsen och 20 procent till den högre gränsen. För 2009 och 2010 var fördelningen 90 procent kontra 10 procent. Ersättningen har samtliga år varit maximerad till en miljard kronor. Det innebär att den genomsnittliga ersättningen per invånare har varit 107 kronor per invånare 2009, 106 kronor per invånare 2010, 105 kronor per invånare 2011 samt 104 kronor per invånare 2012. (Information om kömiljardens resultat som presenteras i följande avsnitt baseras på bilaga 2 och 3)

4.2.1. Landsting som redovisar att statsbidragen har ökat under fyraårsperioden.

Med ett lyckat ekonomiskt resultat enligt denna studie menas att ett landsting har erhållit högre statsbidrag över den fyraårsperiod som överenskommelsen varit. Om man jämför åren 2009 mot 2012 har det skett en betydande ökning av beloppet för tre av landstingen.

Stockholm har haft en positiv resultatkurva på en låg nivå från 2010. Då statsbidraget är kopplat till hur väntetiderna har utvecklats innebär de högre statsbidragsbeloppen att tillgängligheten blivit bättre inom dessa landsting.

Tabell 1.1

Landsting	2009	2010	2011	2012
Gotland	111 kr/inv	164 kr/inv	496 kr/inv	545 kr/inv
Norrbottn	111 kr/inv	164 kr/inv	204 kr/inv	203 kr/inv
Stockholm	103 kr/inv	25 kr/inv	38 kr/inv	78 kr/inv

(Tabellen baseras på information från Bilaga 2)

Gotland redovisar en förbättring för varje år från 111 kr per invånare 2009 till 545 kr per invånare 2012. Ett annat landsting som under fyraårsperioden redovisar förbättrade siffror är Norrland som ligger på samma höga nivå knappt över 200 kr per invånare 2012 som 2011 efter att ha gjort en förbättring 2010. Efter att ha uppnått ett belopp i närheten av maxbeloppet år 2009 när det endast var en mätning hade Stockholm en låg siffra på 25 kr per invånare 2010. Därefter har beloppet successivt ökat till 78 kr per invånare 2012. Gotland blev en stor vinnare när prestationsmodellen ändrades 2011 från att varit fokuserat på en väntetid på 90 dagar till istället 60 dagar. Gotland klarade, år 2011, 70-procentmålet elva respektive tio månader för besök respektive operation. Det högre 80-procentmålet uppnåddes fem månader respektive sex månader. Till 2012 hade dessa siffror förbättrats så att den undre gränsen för ersättning uppnåddes samtliga månader för båda åtgärderna och den högre gränsen samtliga månader utom juli för operationer.

Även Norrbotten blev en vinnare när regelverket ändrades och beloppet som erhöles 2011 var på en högre nivå än rikssnittet. Norrbotten ligger 2012 kvar på samma nivå som 2011 men redovisar en förbättring av tillgängligheten då 70 procentnivån har uppnåtts tjugotvå månader 2012 jämfört med arton månader 2011. Även för den högre nivån på 80 procent redovisas en förbättring 2012 då målet har uppnåtts sjutton månader istället för sexton månader 2011. Modellens konstruktion har inneburit att det inte blivit mer statsbidrag trots förbättringar i tillgänglighetssiffrorna då fler landsting erhållit ersättning. En anledning till detta är att Stockholm 2012 för första gången lyckades uppnå ersättning för operationer då målet uppnåddes tre månader. Stockholm redovisar också en stor förbättring för besöksmålet 2012 då detta uppnåddes samtliga månader på 70-procentgränsen och nio månader för 80 procentnivån jämfört med nio månader respektive två månader 2011.

4.2.2. Landsting som redovisar att statsbidragen har minskat under fyraårsperioden.

Några landsting har fått minskade statsbidrag under den fyraårsperiod som överenskommelsen varit. Första året fick merparten av landstingen full ersättning. Om man jämför året 2010 med 2012 har det skett en minskning av beloppet. De landsting som inte uppnått ökade tillgänglighetssiffror i samma omfattning som andra landsting under fyraårsperioden har fått minskade statsbidrag.

Tabell 1.2

Landsting	2009	2010	2011	2012
Sörmland	111 kr/inv	75 kr/inv	15 kr/inv	4 kr/inv
Uppsala	103 kr/inv	75 kr/inv	23 kr/inv	0 kr/inv
Värmland	111 kr/inv	161 kr/inv	155 kr/inv	139 kr/inv
Västerbotten	111 kr/inv	157 kr/inv	91 kr/inv	41 kr/inv
Jämtland	111 kr/inv	161 kr/inv	62 kr/inv	23 kr/inv
Västra Götaland	111 kr/inv	160 kr/inv	129 kr/inv	119 kr/inv

(Tabellen är baserad på information från bilaga 2)

Landstinget Sörmland har successivt fått lägre ersättning under fyraårsperioden. Från att ha erhållit maxbelopp för 2009 på 111 kr per invånare har ersättningen för varje år minskat och uppgick till 4 kr per invånare 2012. Uppsala hade motsvarande utveckling och redovisar en minskning från 103 kr per invånare 2009 till 0 kr per invånare 2012. Båda landstingen hade försämrat tillgänglighetssiffrorna 2012 jämfört med 2011. Utifrån att ha klarat 70 procentgränsen för besök fyra månader för Sörmland respektive sex månader för Uppsala år 2011 redovisades endast en månad för Sörmland 2012 och ingen månad för Uppsala.

Fyra landsting som alla fick 111 kr per invånare 2009 för att sedan öka beloppet till ca 160 kr per invånare 2010 är Värmland, Västerbotten, Jämtland samt Västra Götaland. För 2011 och 2012 har reducering skett till 139 kr per invånare för Värmland, 41 kr per invånare för Västerbotten, 23 kr per invånare för Jämtland samt 119 kr per invånare för Västra Götaland år 2012. Samtliga dessa landsting klarade ganska väl att uppnå prestationskraven när det var 90-dagarsgränsen som gällde samt att mätning skedde utifrån ett reducerat antal tillfällen. När mätning per månad utifrån 60-dagarsgränsen infördes 2011 har deras resultat försämrats jämfört med övriga landsting. Förändringen mellan 2011 och 2012 förklaras för Västerbotten och Jämtland av att antalet månader då landstingen uppnådde prestationsmålen reducerades betydligt mellan åren. Däremot visade såväl Värmland som Västra Götaland fler månader

med ersättning över målgränserna 2012. Trots detta minskade statsbidragen då det var fler landsting som då nådde målen för ersättningen och därmed blev summan per landsting lägre.

4.2.3. Landsting som redovisar att statsbidragen har varit på samma nivå under fyraårsperioden.

Det finns två landsting som visar en ganska jämn redovisning för statsbidragets storlek per år under perioden. Dessa landsting ligger på olika nivåer. Gävleborg har under perioden 2010-2012 legat på ett statsbidrag på ett intervall mellan 157 kr-182 kr per invånare när vi exkluderar år 2009 då flertalet landsting uppnådde maxbelopp 111 kr per invånare. Skåne visar en annan utveckling. Från att ha haft 111 kr per invånare år 2009 har beloppen varierat mellan 74-82 kr per invånare 2010-2012.

Landsting	2009	2010	2011	2012
Gävleborg	111 kr/inv	157 kr/inv	182 kr/inv	166 kr/inv
Skåne	111 kr/inv	82 kr/inv	74 kr/inv	82 kr/inv

(Tabellen baseras på information från bilaga 2)

Gävleborg uppnådde 2010, då endast mätning skedde på ett fåtal månader, en ersättning som var högre än riksgenomsnittet. Detta förbättrades 2011 när månatlig mätning infördes med nya prestationsmål. Gävleborg klarade den nedre gränsen nitton månader 2011 och den högre gränsen tolv månader. För 2012 uppnåddes den lägre nivån ytterligare två månader till totalt tjugoen och den högre nivån uppnåddes även då tolv månader. Siffrorna resulterade i ett något lägre statsbidrag 2012. Skåne har uppnått 70 procentgränsen tre fler månader 2012 jämfört med 2011 till totalt arton månader men lyckades inte uppnå 80 procentmålet 2012 vilket uppnåddes en gång 2011. Tack vare ökningen på den lägre gränsen under 2012 redovisas en viss förbättring av statsbidragsersättningen.

4.2.4. Landsting som redovisar att statsbidragen har varierat på olika nivåer under fyraårsperioden med nedgång 2012.

För vissa landsting har utfallet mer varierat över tiden. I denna grupp ingår landsting som har haft en minskning av statsbidraget för 2012. Halland, Kronoberg och Kalmar klarade maximalt ersättningsbelopp vid mätningen 2009 och hade också högre tillgänglighet än rikets snitt för 2010 vilket resulterade i ett ökat statsbidragsbelopp. Dessa tre landsting blev också ”vinnare” när de nya reglerna började gälla från år 2011. Dessa landsting hade således en så bra tillgänglighet att de påverkades positivt av en månatlig mätning. De hade också bättre

förutsättningar att klara 60-dagarsgränsen. Däremot så sänktes deras statsbidrag för år 2012 då fler landsting uppnådde motsvarande tillgänglighetsnivåer.

Landsting	2009	2010	2011	2012
Halland	111 kr/inv	326 kr/inv	590 kr/inv	223 kr/inv
Kronoberg	111 kr/inv	197 kr/inv	287 kr/inv	125 kr/inv
Kalmar	111 kr/inv	200 kr/inv	281 kr/inv	214 kr/inv
Dalarna	98 kr/inv	12 kr/inv	15 kr/inv	7 kr/inv

(Tabellen baseras på information från bilaga 2)

Landstinget Halland var det landsting som fick mest medel för 2011 med 590 kr per invånare. Trots en något bättre tillgänglighet 2012 då 80 procentmålet uppnåddes ytterligare en månad så reducerades statsbidraget till 223 kr per invånare. Motsvarande utveckling hade Kronoberg som fick ett statsbidrag på 287 kr per invånare 2011 som reducerades till 125 kr per invånare för år 2012. Statsbidraget mer än halverades trots att landstinget uppnådde tillgänglighetsmålen exakt lika antal månader som föregående år. Kalmar redovisar en måluppfyllelse för samtliga månader på 70 procentgränsen 2012 vilket är fyra månader fler än 2011. Den högre gränsen uppnåddes arton månader av totalt tjugofyra möjliga. Motsvarande siffra 2011 var sexton månader. I detta fall har en klart förbättrad tillgänglighet över årets tolv månader ändå resulterat i att statsbidraget minskat. Samtliga dessa tre landsting ligger fortfarande på en ersättning högt över den genomsnittliga ersättningen för 2012 som uppgår till 104 kr per invånare.

I denna grupp finns även Dalarna som visar en resultatutveckling på en annan nivå. Det fanns redan 2009 problem att uppnå målet då Dalarna var ett av de fyra landsting som inte uppnådde den högre gränsen och därmed inte fick full ersättning. När antalet mätningar ökade 2010 redovisades en lägre tillgänglighet och därmed ett lägre statsbidrag. Vid införandet av månatliga mätningar uppnåddes ersättning för totalt fyra månader 2011 vilket innebar en ökning av statsbidraget. Denna siffra reducerades till två månader, februari och mars, för 2012 och därmed ett sänkt statsbidrag.

4.2.5. Landstings som redovisar att statsbidragen har varierat på olika nivåer under fyraårsperioden med uppgång 2012

Några landsting redovisar ett resultat som varierar över tiden men har ett uppgående belopp 2012. Det landsting som redovisar störst förbättring 2012 jämfört med tidigare år är Östergötland som gått från en nivå på drygt 70 kr per invånare 2010 och 2011 till 229 kr per invånare 2012. Östergötland redovisar avsevärt bättre tillgänglighet 2012 jämfört med övriga årtal. Detta har också resulterat i högre statsbidragsbelopp. Landstinget klarade den lägre ersättningsgränsen samtliga tjugofyra månader jämfört med endast tretton månader 2011. För den högre gränsen var motsvarande siffror nitton månader 2012 jämfört med fem månader 2011.

Tabell 1.5

Landsting	2009	2010	2011	2012
Östergötland	111 kr/inv	75 kr/inv	73 kr/inv	229 kr/inv
Jönköping	111 kr/inv	200 kr/inv	107 kr/inv	140 kr/inv
Västernorrland	48 kr/inv	132 kr/inv	100 kr/inv	114 kr/inv
Blekinge	111 kr/inv	78 kr/inv	38 kr/inv	87 kr/inv
Västmanland	111 kr/inv	29 kr/inv	22 kr/inv	54 kr/inv
Örebro	111 kr/inv	75 kr/inv	11 kr/inv	51 kr/inv

(Tabellen baseras på information från bilaga 2)

Andra landsting som redovisar resultatförbättringar för 2012 är Jönköping och Västernorrland, två landsting som 2012 har en ersättning över riksgenomsnittet. Dessa landsting redovisar olika utgångspunkter då Jönköping fick full ersättning 2009 när Västernorrland fick minst av alla landsting i Sverige. År 2010 redovisade Jönköping tillgänglighetssiffror klart över riksgenomsnittet samtidigt som Västernorrland under hösten redovisade klart bättre siffror vilket resulterade i ett högre statsbidragsbelopp. När de nya förutsättningarna började gälla 2011 redovisade båda landstingen siffror som var i nivå med riksgenomsnittet. Under 2012 redovisade båda landstingen en betydande ökning av tillgängligheten. Jönköping klarade 70-procentmålet tjugotvå av tjugofyra möjliga månader jämfört med sexton månader 2011. Det högre 80-procentmålet uppnåddes tretton månader 2012 jämfört med åtta månader föregående år. Den stora ökningen av antalet månader med statsbidragsersättning innebar att statsbidraget ökade till 140 kr per invånare. Västernorrland har även haft en betydande ökning i antalet ersättningsmånader mellan 2011 och 2012. Från sexton månader till tjugo månader 2012 för den lägre gränsen och från två månader till sex

månader för den högre gränsen. Båda var nu placerade över den genomsnittliga gränsen i Sverige som var 104 kr per invånare år 2012.

Övriga tre landsting i gruppen redovisar varierande resultat på en lägre nivå. Blekinge, Västernorrland och Örebro hade samtliga för 2009 maxersättning på 111 kr per invånare. När det blev fler mättillfällen 2010 minskades ersättningen för samtliga då ersättningsbeloppen endast uppnåddes vid enstaka tillfällen. Samtliga dessa tre landsting fick även låga statsbidragsintäkter för 2011 då antalet månader 70-procentgränsen uppnåddes var nio för Blekinge, sex för Västmanland och tre för Örebro. Inget av landstingen uppnådde den högre ersättningsgränsen. För 2012 redovisade samtliga en förbättring av måluppfyllelse av den lägre gränsen. Blekinge uppnådde gränsen för 2012 sexton månader, Västmanland och Örebro tolv gånger. Landstingen klarade nu även den högre 80 procentnivån ett fåtal månader där Blekinge var mest framgångsrika med fyra månader, därefter Västmanland med tre månader och Örebro med en månad.

4.3. Sammanställning av scenarier

Tabell 2				
Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3	Scenario 4	Scenario 5
Gotland	Sörmland	Skåne	Halland	Östergötland
Norrbottn	Uppsala	Gävleborg	Kronoberg	Jönköping
Stockholm	Värmland		Kalmar	Västernorrland
	Västerbotten		Dalarna	Blekinge
	Jämtland			Västmanland
	Västra Götaland			Örebro

Scenario 1: Ett arbetssätt som ger en positiv resultatutveckling.

Scenario 2: Ett arbetssätt som ger en negativ resultatutveckling.

Scenario 3: Ett arbetssätt som ger en jämn resultatutveckling över tiden.

Scenario 4: Ett arbetssätt som ger varierande statsbidrag över tiden och har en negativ resultatutveckling 2012.

Scenario 5: Ett arbetssätt som ger varierande statsbidrag över tiden och har en positiv resultatutveckling 2012.

Den ovanstående tabellen visar på hur de olika landstingen har klassificerats utifrån deras resultatutveckling. I det efterföljande kapitlet kommer ett landsting ur varje scenario att väljas ut som representant för att utröna de underliggande teoretiska faktorerna till varför utvecklingen har sett ut som den gjort. För att undersöka detta kommer de fem landstingen som representerar scenarierna att intervjuas utifrån studiens intervjuguide.

5. Genomgång av scenarier och presentation av landsting

I kapitlet presenteras resultat från studien utifrån de fem scenarier som landstingen har grupperats till. För varje scenario presenteras först en kategorisering där varje scenario får ett landsting kopplat baserat på resultatutfallet. Därefter följer en inledande text med fakta från dokumentgranskningar för aktuellt landsting inom varje scenario. Sedan presenteras en sammanställning av intervjuens resultat. Avslutningsvis presenteras en analys av hur varje landsting stämmer överens med sitt respektive scenario.

5.1. Scenario 1

5.1.1. Kategorisering av scenario 1

De landsting som ligger i gruppen ”De landsting som redovisar att statsbidragen har ökat under fyraårsperioden” har haft en positiv utveckling för statsbidragstilldelningen och tillgängligheten. Dessa landsting har enligt vår teoretiska modell haft en tydlig process för arbetet med överenskommelsen. Det innebär att de kategoriseras till det teoretiska scenariot 1: ”Ett arbetssätt som ger en positiv resultatutveckling”

I vår kontext innebär det att det bör ha beslutats i fullmäktige alternativt berörda nämnder om vilka eventuella organisationsförändringar eller förändringar i arbetssätt m.m. som ska ske utifrån att det finns en strategi att arbeta mot de prestationsrelaterade målen i överenskommelsen. En annan viktig relation är mellan ledningen och de producenter på kliniker och mottagningar som ska producera prestationerna. Det måste finnas interna spelregler som inspirerar verksamheten att arbeta mot det prestationsrelaterade målet.

För att få ett lyckat resultat i vår kontext är det viktigt att aktuella resultatdata används såväl i den politiska debatten som direkt i verksamheten. Det måste ställas krav på att redovisning sker regelbundet till olika arenor inom landstinget och att utvärderingar genomförs.

För att lyckas med en styrning mot ett prestationsmål är det viktigt att landstingen har en god personalpolitik och att personalen informeras och vidareutbildas utifrån den styrning som beslutas. Det är betydelsefullt att landstinget är en attraktiv arbetsgivare så att personalbemanningen underlättas. Stora vakanser av personal innebär problem att uppnå beslutade prestationsmål.

Vid arbetet med överenskommelsen finns risken att lägre prioriterade patienter ges vård före patienter som har större medicinskt behov. Det är därför viktigt att producenten är uppmärksam på detta och har rutiner/uppföljning för att eliminera eventuella negativa

följdeffekter av prestationsstyrningen som brukar benämnas undanträngningseffekter. Finns dessa rutiner på plats innebär det bättre förutsättningar för att samtliga i personalen jobbar mot gemensamma mål.

För att kunna testa om det finns ett samband mellan resultatet och den teoretiska modellen har vi valt att telefonintervjua Region Gotland som redovisar en successiv resultatförbättring över åren för att få mer information hur de arbetat med överenskommelsen.

5.1.2. Introduktion av Gotland

Gotland är Sveriges befolkningsmässigt minsta region/landsting. Befolkningen uppgår till 57 241 invånare per den sista december 2012. På Gotland styr socialdemokraterna tillsammans med Miljöpartiet och Vänsterpartiet sedan valet 2010 med tre mandat mer än Centerpartiet, Moderaterna och Folkpartiet. Föregående valperiod var det samtliga fyra partier inom Alliansen som styrde regionen. (Internetkälla 10)

Gotland är sedan 2011 en region. Inom regionen bedrivs den verksamhet som hanteras inom landstingen och inom den primärkommunala verksamheten. Skattesatsen är 33,10. I slutet av 2012 arbetade 5953 personer inom landstinget. Totalt uppgår nettokostnaden till ca 4 miljarder kronor. (Internetkälla 10)

Region Gotland har en soliditet motsvarande 43 procent enligt balansräkningen i årsredovisningen 2012. Det innebär att Gotland har en bättre betalningsförmåga på lång sikt än genomsnittsvärdet i riket. (Internetkälla 10) Resultaten de senaste åren 2009-2012 uppgår till:

Tabell 3.1 År	Resultat Region Gotland	Statsbidrag för kömiljarden
2009	32 mnkr	6,4 mnkr
2010	20 mnkr	9,4 mnkr
2011	-12 mnkr	28,4 mnkr
2012	37 mnkr	31,2 mnkr

(Tabellen baseras på information från Internetkälla 10 och bilaga 2)

I tabellen framgår också hur mycket statsbidrag Gotland har erhållit per år. Intäkterna från ”kömiljarden” har bidragit till att förbättra resultaten framförallt de två senaste åren. År 2012 uppgår statsbidraget till 2,5 procent av verksamhetens intäkter.

Enligt dokumenten för ”Strategisk plan och budget” de senaste åren har Gotland haft olika politiskt beslutade mål för tillgängligheten inom specialistvården. I dokumentet för budget

2009 var målet att vårdgarantin skulle vara uppfylld dvs. att alla patienter skulle erbjudas vård enligt vårdgarantins tidsgräns för 90 dagar. Det fanns också ett mål att antalet patienter som väljer vård i annat landsting skulle minska jämfört med föregående år. Motsvarande mål fanns även för budget 2010 och 2011. (Internetkälla 11) För 2012 var målet i budgeten ändrat till att det skulle finnas en god tillgänglighet i enlighet med patienternas behov till specialistvård. Tillgängligheten skulle minst vara i nivå med riket och bättre än föregående år. Motsvarande mål finns även i 2013 års budgetdokument. (Internetkälla 12)

Vid en genomgång av årsredovisningarna för de senaste åren märks att det förbättrade resultatet för statsbidragstilldelningen uppmärksammas. I årsbokslutet för 2011 kommenteras den förbättrade tillgängligheten och det ökade statsbidraget i avsnittet för Hälso- och sjukvårdförvaltningen. (Internetskälla 13) I Årsbokslutet för 2012 kommenteras tillgängligheten i större grad. I den årliga kommentaren från Regionstyrelsens ordförande och regionens ledande tjänsteman i början av årsredovisningen framgår ”Att Gotland blev vinnare i landet vid fördelningen av kömiljarden är ett exempel på att regionen levererar tjänster med hög kvalitet”. (Internetkälla 10 s.3) Det lyfts även särskilt fram i årskrönikan för 2012 där det konstateras att Gotland var det enda landsting/region som varje månad klarade att hålla väntetiderna kortare än 60 dagar till ett specialistbesök och att målet för tillgänglighet till operation/åtgärd klarades varje månad utom juli. Detta gjorde att Gotland fick störst andel statsbidrag av alla landsting, 545 kr per invånare, jämfört med näst bästa landsting som fick 230 kronor per invånare. (Internetkälla 10)

5.1.3. Intervju med Gotland

Anpassning av organisation

Region Gotland har tagit besluten gällande hur de ska arbeta med kömiljarden på sjukhusnivå (förvaltningsledningen/sjukvårdsledningen). Där har även diskussionen om hur målen ska hanteras och vilka mål organisationen bör uppnå. De beslut som har tagits av sjukhusledningen har sedan kommunicerats med politikerna i sjukvårdsnämnden.

Arbetet med kömiljarden har varit en integrerad del av budgetprocessen. I år har Region Gotland, enligt sig själva, satt ett högt mål gällande hur mycket pengar som har budgeterats för kömiljarden och detta har tydligt kommunicerats till verksamheten. Sjukvården i Region Gotlands går minus och de har beslutat att de ska satsa sig ur krisen. De räknar kallt med att extra insatta pengar kommer ge verksamheten en större avkastning i framtiden.

År 2011 bytte regionen politisk majoritet. Regionens representant framhåller att den politiska skiftningen inte har påverkat arbetet med kömiljarden överhuvudtaget. Samma tydliga fokus har funnits inom organisationen.

Under åren 2009 till 2012 har Region Gotland köpt vård av andra aktörer. Dessa köp har skett i en mindre omfattning och syftet med köpen har främst varit för att klara vårdgarantin. Köpen av vård har successivt minskat i takt med att tillgängligheten inom regionen blivit allt högre. Regionen framhåller att processerna fungerar så bra nu och att de under år 2013 troligtvis inte ska behöva köpa någon vård. Tidigare har exempelvis utförandet av vissa höft- och knäoperationer fått köpas in av andra aktörer, men under förra hösten jobbade sjukvården inom regionen extra helger för att arbeta av kön. Nu har processerna kommit i fas och därför kommer troligen inte vård att köpas in i år. Nu kommer det att opereras under sommaren i större utsträckning än tidigare, vilket kommer att ha ytterligare effekt på köerna. Arbetet på sjukhusen förändras utifrån arbetet med att klara tillgängligheten. Region Gotland framhåller att de inte kan räkna med att kömiljarden finns kvar för alltid och då kan man inte stå och falla med en vårdprocess som är byggd på ”den enkla vägen”, alltså att köpa vård. Det är mycket viktigare att själva processerna fungerar bra på inom sjukvården. Region Gotland har precis som alla andra regioner och landsting i Sverige haft en brist på läkare och sjuksköterskor, detta har lösts genom att ta in bemanningspersonal. Detta är något som regionen inte är helt nöjda med, men betonar att detta varit nödvändigt även utan arbetet mot ökad tillgänglighet. Bemanning och personal är en större utmaning för en liten organisation och specialiserade operationer lyfts fram som ett större problem. Användningen av externa konsulter kan innebära problem för sjukhusets arbete med att vidhålla en långsiktig planering. Det är viktigt att arbetet med de långsiktiga lösningarna inte försvinner genom de kortsiktiga lösningarna. Nu ligger Gotland i framkant när det gäller arbetet med kömiljarden.

Regionens positiva resultat lyfts fram som frukten av ett långsiktigt och intensivt arbete som pågått under flera år. Förra året testades exempelvis ett projekt med att öppna en extra sal för ortopedisk dagkirurgi under sommaren. Det innebar en mindre stress under sommaren och en betydligt mindre kö till hösten. Investeringen blir liten när det får sådana tydliga effekter.

Förmedling av information

Region Gotland menar att personalen är involverade i arbetet med kömiljarden, att en dialog förs genom alla nivåer i verksamheten. Dialogen underlättas genom en tydlig och samstämmig målsättning från både politiker och sjukhusledning. Det är en framgångsfaktor

att all personal deltar i arbetet med kömiljarden. Verksamheten ska präglas av en öppenhet och möjlighet för alla parter i arbetskedjan att föra en dialog. Gotland anser att detta är en viktig inriktning att arbeta mot och strävar efter att förbättra dialogen. Sjukhusledningen ska visa respekt när personalen inte har möjlighet att utföra det som egentligen krävs och inte bestraffa dem för situationer som de inte råår över. Den här dialogen ska medföra en jämnare arbetsbelastning och att arbetet sker utifrån produktionsplanen. Skälig ersättning ska ges om extra arbete krävs för att uppfylla överenskommelsens mål, dock vill Region Gotland undvika de extrahelger som blev för markpersonalen förra året. Om sådana satsningar måste ske ska dessa vara med god framförhållning och planering.

Region Gotland arbetar med hjälp av s.k. balanserade styrkort. Enligt regionen medför detta att målen och kravbilderna för verksamheten enkelt tydliggörs för hela organisationen. En framgångsfaktor, som lyfts fram, är att det finns en tydlig linje genom hela organisationen och att arbetet med kömiljarden är prioriterat. Region Gotland har ingen piska om kraven inte uppnås. En intensiv och långsiktig produktionsplanering lyfts fram som en ytterligare framgångsfaktor. Det är viktigt för organisationen att undvika kortsiktiga ”paniklösningar”, utan verksamheten bör arbeta efter långsiktiga lösningar som är djupt förankrade hos medarbetarna.

Region Gotlands representant framhåller att det har funnits nyckelpersoner inom verksamheter. Dessa individer har genom sin specifika kunskap och passion lyft fram arbetet mot en ökad tillgänglighet. Flera av dessa nyckelpersoner har försvunnit från det direkta arbetet med tillgängligheten, men har ändå stannat inom organisationen. En av dessa nyckelpersoner sitter nu exempelvis i ledningsgruppen. Detta har haft stor betydelse för arbetet med kömiljarden, då ökad expertis och intresse för kömiljardens frågor kommit in på en högre nivå.

Ansvar och motivation

Arbetet med kömiljarden är av stor vikt för Region Gotlands ekonomi. Kostnaderna för arbetet med kömiljarden balanseras med inkomna statsbidrag och regionen får just nu in så pass mycket medel att det kan användas för att ”rädda” andra verksamheter inom sjukvården. Det finns tydligt kommunicerat att pengarna från kömiljarden används till andra poster inom verksamheten.

Region Gotland har ingen speciell ekonomisk ansvarspost för kömiljarden. Istället redovisas det på specifika poster hur mycket utgifter som kan kopplas ihop med kömiljarden (extra

bemanning osv.) och därefter undersöks det om budgeten överskrids eller ej. Alla utgifter som är kopplade till arbetet med att förbättra tillgängligheten redovisas alltså för sig självt.

Region Gotland har enligt sig själva varit dåliga på att sätta pengar på diagnoser. De har inte haft möjlighet att ha de resurserna som krävs för att sätta ersättningar utifrån diagnosgrupper. Därmed sker det ingen prestationsersättning till verksamheterna direkt utifrån den vård som har genomförts vilket upplevs som en fördel just nu när DRG-systemet ifrågasatts i massmedia.

Region Gotland är medvetna om att kömiljarden inte kommer att existera för alltid. De framhåller därför betydelsen av att utgifterna som finansieras av inkomna medel från kömiljarden inte blir fasta poster, utan att förutsättningarna sätts från år till år. Budgeten måste vara nära knuten till den verkliga utvecklingen. Så länge kömiljarden existerar är det av stor vikt för Region Gotland att arbeta efter de förutsättningarna som ges och få in så mycket ersättning som möjligt. Förutsättningarna diskuteras på riksnivå genom dialog med landstingsdirektörerna och skapar därmed ett framtidsperspektiv. Det är viktigt att eventuella förändringar kommuniceras tydligt i tid så verksamheten har tid för att förändras.

Kommunikation av resultat

Regionens resultat lyfts fram i årsredovisningen och i övrigt kommuniceras resultaten internt. Utvärdering av arbetet med kömiljarden sker sedan vid bokslut och delårsrapporter. Sjukhusledningen informeras varje vecka om den aktuella utvecklingen, enhetscheferna träffas varannan vecka för att diskutera läget för regionens sjukvård och informeras om läget på mottagningarna. Vid dessa möten diskuteras bl.a. hur verksamheterna kan stödja varandra i arbetet.

Region Gotland menar att det finns vissa fördelar med att vara en relativt liten verksamhet. Det är exempelvis lättare att kommunicera med alla delar av verksamheten. En stor framgångsfaktor är att alla nivåer inom verksamheten är medvetna om varandras utveckling och därmed får förståelse för siffrorna, produktionsplanen och varandra. Hela produktionen måste diskuteras och försöka utvecklas för att undvika eventuella negativa sidoeffekter av arbetet med kömiljarden.

Sidoeffekter

Region Gotland har under åren upplevt att samtidigt som tillgängligheten ökat har även väntetiden till återbesök minskat i flera verksamheter. Arbetet mot ökad tillgänglighet i vården har alltså medfört positiva sidoeffekter.

Det förs kontinuerligt dialoger i försök att uppdaga eventuella negativa effekter av arbetet med kömiljarden. Det är viktigt att man inom verksamheten vågar diskutera även de jobbiga frågorna, så att eventuella negativa effekter kan hanteras tidigt. Det är viktigt att alla farhågor tas på allvar och bemöts på ett öppet sätt. Finns det en farhåga om felaktiga medicinska prioriteringar måste det upp på bordet direkt. Det får inte förekomma medicinska felprioriteringar inom regionen. Det ställdes en fråga vid ett möte med personalen att man misstänkte att det gjordes fler planerade operationer på jourtid p.g.a. kömiljarden. Detta resulterade i en undersökning som kom fram till att utfallet var på samma nivå som tidigare år. Nu bevakas detta kontinuerligt.

Arbetet inom verksamheten har förenklats allt eftersom tillgänglighetens mål uppnås. Telefonköerna har minskad drastiskt, då fler får vård i tid. Detta medför att personalen får med tid till att planera och förbättra vården.

Övrigt

Andra landsting har varit på studiebesök hos Gotland för att diskutera framgångsrecept gällande kömiljarden. Gotland deltar även i tillgänglighetsmöten med landstingen i ett nätverk, där man har möjlighet att fråga varandra om arbetet. Det kan vara svårt att överföra resultaten på ett större landsting. Lätt om man gjort rätt arbete från början, viktigt att titta på de små sakerna – då det ger stor effekt i framtiden.

5.1.4. Analys av Scenario 1

En viktig förutsättning för att få ett positivt resultat vid en målrelaterad ersättning är, enligt teorin, att det finns tydlighet i de beslut som sker så att dessa beslut får legitimitet i organisationen. Gotland hade i fullmäktiges budget för 2009 målsättningen att den nationella vårdgarantin skulle uppnås, tillgängligheten var redan då en prioriterad fråga. Staten införde kömiljarden för verksamhetsåret 2009 för att förbättra tillgängligheten i sjukvården via en överenskommelse med SKL. Det togs då beslut om hur arbetet skulle ske för kömiljarden på sjukhusledningsnivå. Besluten kommunicerades med sjukvårdspolitikerna. Det är inom sjukvården den löpande diskussionen finns kring målen för tillgänglighet. En viktig

framgångsfaktor som betonas är en intensiv och långsiktig produktionsplanering. I fullmäktiges budgetbeslut för 2012 är tillgänglighetsmålet ändrat till att Gotland minst ska vara i nivå med riket och bättre än föregående år. Då Gotland har en bra tillgänglighet innebär det en hög politisk målsättning.

Kömiljarden har blivit en allt viktigare del i budgetarbetet då statsbidragsbeloppet har ökat de senaste åren. Det innebär att tydligheten inom regionen är stor för detta arbete. För 2013 finns det ett uttalat mål att intäkter från kömiljarden ska finansiera andra kostnader inom sjukvården då det ekonomiska läget är ansträngt. Det har bl.a. inneburit att organisationen har anpassats för att kunna göra fler operationer under sommaren. Denna anpassning kommer troligen att innebära ett statsbidragstillskott till Regionen då antalet landsting som uppnår statsbidragsnivån under sommaren är få och därmed erhålls ett högre statsbidragsbelopp.

För att uppnå ett prestationsrelaterat mål är det viktigt att sjukvårdspersonalen är en personalgrupp som är väl informerad och engagerad. Vid vår intervju betonas att verksamheten ska präglas av öppenhet och möjlighet för alla parter att föra en dialog. Region Gotland har ingen intern prestationsrelaterad ersättning och ingen annan bonus direkt till verksamheterna utifrån utförd vård. Detta borde enligt teorin vara en nackdel för Gotlands arbete. Enligt vår intervju finns det ändå en stor förståelse från personalen i arbetet med kömiljarden. Tidigare fick personalen vid tillfällen jobba extra för att klara tillgängligheten. Detta är nu väldigt ovanligt då tillgängligheten är på en bra nivå. Ett annat sätt som detta påverkat personalen positivt på är att antalet telefonsamtal från väntande patienter har minskat då det inte längre finns så stort behov att ändra tider m.m. Personalen har också sett fördelar att fler patienter har kunnat behandlas under sommarmånaderna och därmed är inte belastningen lika stor under höstens första månader.

Det finns personer som nu arbetar i ledningsgruppen för sjukvården som tidigare direkt arbetade med tillgängligheten. Enligt studiens teoretiska grund är det en framgångsfaktor att det finns möjlighet för personal att kunna bli beförtrade inom organisationer för ett bra utfört arbete. Detta ger också signaler till övriga medarbetare att denna möjlighet finns.

Region Gotland har under perioden 2009-2012 köpt vård för att klara tillgängligheten. I fullmäktiges budgetbeslut 2009-2011 har det funnits ett mål att antalet patienter som väljer vård i annat landsting skulle minska jämfört med föregående år. Då tillgängligheten nu är bra är förutsättningarna goda att klara vårdbehovet inom regionen. Att inte regionen behöver

betala andra vårdaktörer i samma omfattning som tidigare ger signaler till verksamheten att skattepengarna stannar inom Regionen.

Gotlands arbete med kömiljarden kommuniceras bl.a. i delårsbokslut och årsredovisningar. Att kömiljarden betyder något för Gotland är tydligt när man läser inledningen i årsredovisningen för 2012 där regionstyrelsens ordförande och regionens ledande tjänsteman kommenterar ”Att Gotland blev en vinnare i landet vid fördelningen av kömiljarden är ett exempel på att regionen levererar tjänster med hög kvalitet”. (Internetkälla 10 s.3)

Region Gotlands hantering av kömiljarden och tillgänglighetsarbetet stämmer väl överens med den situation som beskrevs genom det teoretiskt belagda scenario 1. Gotland har, i likhet med scenario 1, haft en tydlig styrning för att uppnå kömiljardens mål. Det har kommunicerats väl genom verksamhetens samtliga nivåer vad målen är och hur de ska uppnås. Regionen har enligt studiens empiriska grund gjort en total anpassning av arbetet med tillgängligheten och är en fullgod representant för scenario 1.

5.2. Scenario 2

5.2.1. Kategorisering av scenario 2

De landsting som ligger i gruppen ”De landsting som redovisar att statsbidragen har minskat under fyraårsperioden” har haft en negativ utveckling för statsbidragstilldelningen och tillgängligheten. Dessa landsting har enligt vår teoretiska modell haft en otydlig process för arbetet med överenskommelsen. Det innebär att de kategoriseras till det teoretiskt scenario 2: ”Ett arbetssätt som ger en negativ resultatutveckling”.

Enligt teorin ska det i en prestationsbaserad modell vara tydligt vilken ersättning som erhålls för utfört arbete. Kömiljarden har en prestationsersättningsmodell som är konstruerad på ett sådant sätt att det är svårt att bedöma vilken ersättning som kan erhållas. Detta innebär ett risktagande för vårdproducenten. Samma prestation kan ge helt olika intäkter från ett år till ett annat beroende på övriga landstings tillgänglighetssiffror då ersättningsbeloppet är maximerat. Det innebär att det är ett risktagande att satsa egna medel för att uppnå en potentiell ersättning. I de fall ekonomin är ansträngd i ett landsting kan det i dessa fall vara mindre prioriterat att göra den ekonomiska satsning som behövs eftersom det är så osäkert vilken ersättning som kommer att erhållas.

Kömiljarden är en överenskommelse mellan staten och SKL som där representerar landstingen. Då inte varje landsting är direkt med i förhandlingarna kan detta innebära

problem vid en implementering. I överenskommelsen om tillgängligheten kan det inträffa att politikerna i det enskilda landstinget inte har samma prioritering i frågan som regeringen och SKL. Risken är då stor att landstinget ifråga inte ser tillräckliga incitament att arbeta mot målpresentationerna. Därmed blir överenskommelsen ointressant att uppfylla för den lokala ledningen och arbete görs istället mot andra konkurrerande målsättningar som inom landstinget är högre prioriterade.

I de fall ett landsting har tagit politiska beslut att arbeta mot överenskommelsens tillgänglighetsmål men inte kommunicerat detta på alla plan i organisationen är risken större att målen inte uppnås. Om inte innehållet i överenskommelsen mellan regeringen och SKL har varit föremål för omfattande informationsinsatser har förutsättningarna för att nå de prestationsbaserade målen begränsats.

För att kunna testa om det finns ett samband mellan resultatet och den teoretiska modellen har vi valt att telefonintervjua Landstinget Sörmland som redovisaren en utveckling med minskade statsbidrag över tiden för att få mer information hur de arbetat med överenskommelsen. Uppsala landsting valdes först ut för att representera scenario 2, men avböjde att ställa upp i en intervju. Genomgången av landstingens resultatutveckling visade på att Sörmland hade liknande utfallskurva som Uppsala, därför föll valet sedan på Sörmland.

5.2.2. Introduktion av Sörmland

Befolkningen i Sörmland uppgår till knappt 275 000 invånare per den sista december 2012. (Internetkälla 14) I landstinget styr sedan 2008 en konstellation av Socialdemokraterna, Miljöpartiet och Folkpartiet. (Internetkälla 15) Skattesatsen i Sörmland var 10,17 kr år 2012 vilket är lägre än den genomsnittliga skattesatsen i Sverige. (Internetkälla 16) Antalet anställda är drygt 6 300 personer. Landstingets nettokostnad uppgår till ca 6,3 miljarder kronor. (Internetkälla 17)

Sörmland har en soliditet motsvarande 29,1 procent enligt balansräkningen i årsredovisningen 2012. Detta innebär att landstinget har en soliditet och därmed en långsiktig betalningsförmåga som är något bättre än genomsnittet för landstingen i landet. (Internetkälla 17) Resultaten de senaste åren 2009-2012 uppgår till:

Tabell 3.2 År	Resultat Landstinget Sörmland	Statsbidrag för kömiljarden
2009	262 mnkr	29,9 mnkr
2010	118 mnkr	20,1 mnkr
2011	- 112 mnkr	4 mnkr
2012	81 mnkr	1 mnkr.

(Tabellen ovan baseras på information från Internetkälla 17/18 och bilaga 2)

I tabellen framgår att beloppsmässigt har Sörmland successivt fått ett lägre belopp för kömiljarden och de två senaste åren har ersättningen varit marginell. Samtidigt har dessa två år även resultatmässigt totalt för landstinget varit sämre än de två föregående åren.

I inledningen av årsredovisningen för 2009 kommenterar Landstingsdirektören *”Bakom de statliga pengar vi fått, bl.a. ”kömiljard” och medel för att minska sjukskrivningarna ligger stora ansträngningar för att vi ska uppnå de mål som varit en förutsättning för att få ta del av dessa medel”*. (Internetkälla 19 s.4) Även landstingsstyrelsens ordförande benämner i inledningen att tillgängligheten har ökat på sjukhusen och att en ny styrmodell innebär att landstinget har en målstyrd verksamhet. (Internetkälla 19)

Även i sammanfattningen av målen inom medborgarperspektivet kommenteras att tillgängligheten till besök och behandling har väsentligt förbättrats jämfört med förra året. En förklaring till detta är ett tydligare ledningsfokus där alla ledare på alla nivåer varit engagerade i arbetet med att förbättra väntetiderna. Det framgår också att staten har tagit beslut om kömiljarden och att Sörmland fick full ersättning utifrån kraven 2009. (Internetkälla 19)

I årsredovisningen för 2010 i avsnittet för medborgarperspektivet redovisas siffrorna för tillgängligheten. Måltalet för tillgängligheten enligt vårdgarantins 90-dagarsregel var 80 procent vilket också var gränsen för att ta del av kömiljardspengar. Detta mål uppnås till stora delar. I texten framgår information att regelverket för kömiljarden skärptes 2010 då också statsbidragets storlek grundades på fler månaders resultat. Sammanfattningsvis konstateras att Sörmland har uppnått gränserna för kömiljarden med undantag för andelen väntande till behandling under andra avstämningsperioden september – december. (Internetkälla 18)

I den sammanfattande analysen från årsredovisningen för 2011 framgår att det pågår många aktiviteter för att förbättra tillgängligheten. Även om Landstinget Sörmlands tillgänglighet inte låg bra till i en jämförelse med andra landsting hade den förbättrats under året. Trots detta hade Sörmlands utfall från den s.k. kömiljarden reducerats utifrån måluppfyllelsen inom specialistsjukvården där kraven för att få ersättning hade skärpts sedan förra året. Det egna målet var att 100 procent av patienterna skulle få vård enligt vårdgarantins 90 dagar. I årsredovisningen redovisas även tillgänglighetssiffran för kömiljardens regelverk.

(Internetkälla 20)

I årsredovisningen för 2012 står under Medborgarperspektivet att när det gäller väntetider till behandling enligt vårdgarantin har landstinget en bit kvar. Sammanfattningsvis är värdet ungefär detsamma som vid bokslut 2011. Andelen patienter som väntar på behandling enligt lagstadgad vårdgaranti har förbättrats något, medan andelen patienter som väntar på besök på specialistkliniker har försämrats i motsvarande mån. Under 2012 nådde Sörmland målet för nybesök enligt kömiljarden endast för mars månad. Samtidigt konstateras att antalet väntande på behandling har förbättrats under hösten och ligger i snitt bättre i år jämfört med 2011.

Information och dialog med verksamhetschefer, införande av gemensam operationsplaneringsenhet (LOPEN) samt ett påbörjat arbete med att successivt förbättra uppföljningen inom området ska hjälpa till i arbetet med att ytterligare förbättra tillgängligheten. (Internetkälla 17)

I budgeten för 2012 framgår i det strategiska målet vikten av att medborgarna får tjänster av god kvalitet, känner sig delaktiga och blir respektfullt bemötta. Landstinget ska fortsätta arbetet med att uppnå den nationella vårdgarantin. Den som har störst behov av sjukvård ska få tillgång till denna utan onödig väntan eller organisatoriska begränsningar. Landstinget ska därför ta fram ett handlingsprogram med ambitionen att frigöra mer tid för vård och därigenom öka såväl kvalitet som patientsäkerhet. Det långsiktiga målet ska vara en sjukvård utan köer och väntetider. Ytterst är rätt vård i rätt tid en trovärdighetsfråga. (Internetkälla 21)

5.2.3. Intervju med Sörmland

Anpassning av organisation

Landstinget Sörmland har inte tagit några formella beslut utifrån överenskommelsen om kömiljarden. Sörmland är ett av de landsting som har lägst tillgänglighet och får näst minst utdelning av statsbidrag på kömiljarden. Sörmland har även haft problem med att uppnå den lagstadgade vårdgarantin. Vårdgarantin har därför prioriterats i arbetet med tillgängligheten

och arbetet med kömiljarden har därmed blivit mer sekundärt. Kömiljarden har inte varit en del av budgetprocessen, då landstinget inte har räknat med att få in några pengar för statsbidrag. Landstinget gjorde en satsning för att öka tillgängligheten för några år sedan, men det visade sig bli en punktinsats och bedömdes inte vara en hållbar lösning. För närvarande arbetar landstinget utifrån att skapa en mer hållbar plan för ökad tillgänglighet.

Sörmland har köpt vård vid vissa tillfällen för vissa behandlingar. Det har skett sporadiskt och har aldrig varit rutinmässigt. Om sjukvården inom landstinget har haft många patienter i kö för en viss åtgärd så har man gett patienterna möjlighet att välja en annan vårdgivare.

Det har varit samma politiska majoritet inom landstinget sedan 2009 då kömiljarden startade.

Förmedling av information

Det finns ingen särskild information framtagen för kömiljarden utan det är regelverket för vårdgarantin som kommuniceras ut i verksamheterna. Detta sker genom olika informationsmaterial och information på landstingets hemsida. Material från Socialdepartementet och SKL finns även tillgängligt. Det har varit information via personliga möten direkt till verksamheterna ute på arbetsplatserna, där både vårdgaranti och kömiljard har diskuterats. Alla som arbetar med patienter på mottagningsnivå borde ha kunskap om tillgänglighetsarbetet efter de informationsinsatser som genomförts. Vårdgarantin behandlas även kontinuerligt på chefsmöten. Nyckelpersoner i arbetet är personer som arbetat med vårdgarantin de senaste åren inom sjukvårdsförvaltningen. Ett problem som Sörmland delar med många andra landsting är att det kan vara svårt att rekrytera läkare och andra personalgrupper och detta kan påverka tillgänglighetssiffrorna.

Ansvar och motivation

I de fall Sörmland skulle få statsbidrag är det sagt att dessa medel ska komma de presterande verksamheterna tillgodo. Detta har inte direkt varit aktuellt då Sörmland endast erhöll statsbidrag för en månad 2012. Beslut om hur de eventuella pengarna fördelas sker på en övergripande förvaltningsnivå.

Det finns ingen intern prestationsersättning. En DRG-uppföljning används för att följa upp vården, men inte som ett ersättningssystem. Verksamheten har ett budgetanslag och verksamheten ska hålla kostnaderna inom denna ram för att uppnå de mål som beslutats. Denna modell har funnits i flera år.

I regionens budget finns verksamhetsmålet att 100 procent av alla patienter ska få vård inom vårdgarantins regler. Något uttalat mål hur stor andel som ska få vård enligt kömiljardens regelsystem finns inte kommunicerat i budgeten.

Kommunikation av resultat

Landstinget Sörmland har uppföljning varje månad. Verksamhetscheferna får information via tabeller med statistik. Denna statistik berör bl.a. hur många väntande patienter landstinget har, hur många utförda besök som skett och vilka åtgärder som genomförts samt hur verksamheten ligger till för vårdgarantin och kömiljarden. Därefter är det upp till verksamhetscheferna och deras respektive divisionschef att besluta om vilka åtgärder som ska beslutas utifrån statistiken. Siffrorna diskuteras på de regelbundna verksamhetsträffarna. Politikerna får motsvarande information varje månad i länsjukvårdsnämnden och andra politiska arenor.

Utfall för vårdgaranti och kömiljard finns med i årsredovisningen, men det är endast målvärden för vårdgarantin som redovisas. År 2012 var inget bra år för tillgängligheten enligt kömiljarden jämfört med andra landsting, men fokus har främst varit på att klara vårdgarantin. Även i delårsboksluten redovisas siffror för tillgängligheten jämfört med vårdgarantins målsättning. Det finns även information på intranätet så att alla kan ta del av tillgänglighetssiffrorna.

Det har inte blivit någon skillnad i uppföljningen under 2013 beroende på att kömiljarden mäts på ett annat sätt. Patienterna behandlas i korrekt ordning, den som väntat längst ska få vård först. Det är inte aktuellt att flytta på patienter för att klara eventuella tillgänglighetsmål.

Det har varit diskussioner med verksamheterna för att förklara förändringarna i regelverket för kömiljarden, då det är väntetiden för de utförda prestationerna som nu räknas i kömiljarden plus en viss nivå på totalt antal väntande patienter. Den senaste ändringen påverkade inte landstingets tekniska förutsättningar för uppföljning av siffror, då de redan hade information i systemen hur länge patienterna har väntat när besök eller åtgärd sker.

Sidoeffekter

Det har inte varit några diskussioner om några undanträngningseffekter i Sörmland. Någon analys inom landstinget har inte skett. På nationell nivå kommer det att ske en uppföljning av återbesöken under 2013. Ett motiv för denna uppföljning är att det finns misstankar att landsting prioriterar patienter inom kömiljarden för att få mer statsbidrag på andra patienters

bekostnad. Eftersom kömiljardens nivåer endast uppnåts vid enstaka månader i Sörmland har det inte varit någon diskussion om undanträngningseffekter inom landstinget och inga negativa effekter har konstaterats.

Övrigt

Sörmland fick statsbidrag från kömiljarden 2009 och 2010 när beräkningen för statsbidrag skedde utifrån vårdgarantins 90-dagar. När regelverket ändrades till 60 dagar har inte målet uppnåts i samma omfattning. Delar kan förklaras av personalsituationen där det finns problem att rekrytera vissa personalgrupper och olika omorganisationer som skett. Kostnadsutvecklingen inom sjukvården med nya metoder och bättre läkemedel tar också resurser i anspråk. I Sörmland sker nu aktivt arbete med att förbättra tillgängligheten för att i första hand klara den lagstiftade vårdgarantin.

5.2.4. Analys av Scenario 2

Av alla Sveriges 21 landsting fick Sörmland näst minst ersättning från kömiljarden, det är endast Uppsala som erhöll mindre ersättning för år 2012. Sörmlands årliga ersättning från kömiljarden har stadig sjunkit från knappt 30 mnkr år 2009 till 1 mnkr år 2012. Landstinget Sörmland framhöll under intervjun att inga formella beslut tagits eller målsättningar satts för kömiljarden inom organisationen. Landstingets fokus låg främst på att klara av den lagreglerade vårdgarantin, allt eventuellt arbete mot förbättringar för tillgängligheten inom ramen för kömiljarden har blivit underordnat arbetet mot vårdgarantin. I den teoretiska genomgången av scenario 2 beskrevs det att en eventuell satsning mot en överenskommelse kan utebli då en organisation saknar ekonomiska muskler eller prioriterar en annan satsning före. Landstinget Sörmland har valt att prioritera Vårdgarantins 100 % på 90 dagar och därmed försöka uppnå de lagstadgade kraven. Kömiljardens 70 % på 60 dagar har därför blivit lågt prioriterad. En anledning till att Sörmland erhöll en större ersättning från kömiljarden under 2009 var att det fanns en större möjlighet för landstingen att uppnå målen. Landstinget Sörmland erhöll ett relativt högt statsbidrag under kömiljardens två första år, då kraven låg på att 80 % av patienterna skulle få vård inom 90 dagar. Detta innebar att kömiljardens och vårdgarantins kravbild stämde relativt bra överens. För vårdgarantin fanns en tydlig målbild som var kommunicerad ut i Landstingets verksamheter. Under 2011 förändrades kravbilderna för att få ersättning från kömiljarden till att 70 % av patienterna skulle få vård inom 60 dagar. Landstinget Sörmland anpassade sig inte efter den nya kravbilderna och kommunicerade inte ut några nya målsättningar till verksamheterna. Sörmland valde istället

att fokusera på det fortsatta arbetet med vårdgarantin och verksamheterna har därför inte haft några incitament för att uppnå kömiljardens förändrade prestationskrav. Detta bör enligt studiens teoretiska grund vara en betydande faktor till att Sörmlands årliga ersättningsnivå minskade under 2011 och 2012.

Det har funnits en månatlig avstämning inom landstinget där bl.a. resultaten för kömiljarden har diskuterats och sedan förmedlats ut till organisationen genom exempelvis verksamhetsbesök och internnätet. Det kan antas att fokus främst legat på vårdgarantins målbild och att de eventuella åtgärderna som beslutats tagits helt utifrån den. Verksamheten har därmed varit medveten om kömiljardens resultat, men främst agerat utifrån kraven från vårdgarantin.

Sörmland budgeterar inte för några statsbidragsintäkter i budgeten. Landstinget Sörmland har haft en motivationsmodell där intäkter från statsbidrag ska komma presterande verksamheter tillhanda. Detta bör enligt teorin givit verksamheterna vissa incitament att arbeta mot kömiljardens mål, men incitamentsmodellens potentiella effekt avtar då det inte finns någon kravbild från landstingets sida. Personalen kommer inte att arbeta mot en potentiell ersättning om detta inte är tydligt kommunicerat från ledningen som ett mål.

Sammanfattningsvis har kömiljarden inte varit en prioriterad överenskommelse för Landstinget Sörmland. Därför har inte något tydligt beslut tagits utifrån kömiljardens kravbild och organisationen har inte arbetat mot överenskommelsens mål. Sörmland har haft relativt låg statistik gällande tillgängligheten, vilket inneburit att man främst riktad in verksamheten på att klara av vårdgarantins kravbild. Enligt intervjun var en ökad inriktning mot kömiljarden tilltänkt i framtiden, men en sådan satsning kommer fortfarande vara sekundär mot vårdgarantins kravbild.

Sörmlands utveckling stämmer väl överens med den situation som beskrivs i scenario 2. Landstinget har helt enkelt prioriterat andra mål framför kömiljardens målbild, vilket påverkat landstingets möjlighet/vilja att uppnå prestationskraven. Landstinget har en soliditet som är över snittet i Sverige, trots detta har inga större ekonomiska satsningar gjorts för att öka tillgängligheten inom ramen för kömiljarden. Landstingets skattesats är lägre än riksgenomsnittet, vilket borde ge utrymme för att höja skatten för att eventuella satsningar mot tillgängligheten. De ekonomiska musklerna för en riktad satsning borde finnas inom landstinget, men landstinget prioriterar andra projekt.

5.3. Scenario 3

5.3.1. Kategorisering av scenario 3

De landsting som ligger i gruppen ”De landsting som redovisar att statsbidragen har varit på samma nivå under fyraårsperioden ” har haft en jämn utveckling för statsbidragstilldelningen. Dessa landsting har enligt vår teoretiska modell haft en någorlunda jämn resultatutveckling. Det innebär att de kategoriseras till det teoretiskt scenario 3: ” Ett arbetssätt som ger en jämn resultatutveckling över tiden”.

Det är mycket möjligt att dessa landsting redan hade tagit beslut angående tillgängligheten enligt överenskommelsen och att detta var ett beslutat verksamhetsmål inom landstinget. Därmed fanns möjlighet för dessa landsting att få ersättning utan att göra någon större förändring i verksamheten utifrån överenskommelsen mellan SKL och regeringen. Enligt teorin kan dessa landsting ha varit ”free-riders” då dessa har fått ersättning utan att behöva göra några större satsningar och förändringar. Dessa landsting har fått en nackdel när fler landsting nått de prestationsbaserade målen och därmed fått del av statsbidragen som utdelas utifrån invånarantalet. Även om dessa landsting förbättrar målprestationerna något från ett år till ett annat så kan det innebära att statsbidraget är oförändrat på grund av modellens uppbyggnad.

I kömiljarden är ersättningen maximerad och ska utdelas utifrån invånarantalet till alla landsting som klarar målen. I detta fall innebär ett jämnt resultat att det troligen skett en förbättrad måluppfyllelse, men detta har skett i samma takt som för övriga landsting, och därmed stannar ersättningen på samma nivå.

För att kunna testa om det finns ett samband mellan resultatet och den teoretiska modellen har vi valt att telefonintervjua Region Skåne som redovisar erhållna statsbidragsbelopp på en jämn nivå för att få mer information hur de arbetat med överenskommelsen. Skåne har erhållit statsbidrag lägre än den genomsnittliga ersättningen per invånare i landet.

5.3.2. Introduktion av Skåne

Befolkningen i Skåne uppgår till drygt 1,2 miljoner invånare per den sista december 2012. I Region Skåne styr alliansen med miljöpartiet sedan 2006. Skattesatsen i Skåne var 10,39 kr 2012 vilket är lägre än rikssnittet. Antalet anställda är närmare 32 000 personer. Totalt har regionen en nettokostnad motsvarande 28,7 miljarder kronor. (Internetkälla 22)

Region Skåne har en soliditet motsvarande - 2,0 procent enligt balansräkningen i årsredovisningen 2012. Detta innebär att Skåne har sämst soliditet bland landstingen vilket innebär att regionen har en sämre långsiktig betalningsförmåga jämfört med övriga landsting. (Internetkälla 22) Resultaten de senaste åren 2009-2012 uppgår till:

Tabell 3.3 År	Resultat Region Skåne	Statsbidrag för kömiljarden
2009	291 mnkr	136,6 mnkr
2010	1171 mnkr	100,5 mnkr
2011	- 2354 mnkr	92,2 mnkr
2012	- 292 mnkr	103,8 mnkr

(Tabellen baseras på information från Internetkälla 22 och bilaga 2)

I tabellen framgår att beloppsmässigt har Region Skåne erhållit ett betydande belopp för kömiljarden motsvarande ca 100 mnkr varje år. Jämfört med årsresultatet är dessa belopp av mindre betydelse för regionens utfall men de har ändå påverkat det egna kapitalet med över 400 mnkr de senaste fyra åren.

I årsredovisningen för 2009 står det i uppföljningen av verksamhetsperspektivet om ”Tillgänglighet och vård i rimlig tid”. I ett särskilt stycke under rubrik Kömiljard 2009 står bl.a. följande text ”Under 2009 har arbetet med tillgängligheten i Region Skåne haft fokus på målen för Kömiljard 2009, den prestationsbaserade satsningen som regeringen gör under tre år med syfte att ytterligare stimulera arbetet med tillgängligheten till vård med fokus på den planerade specialiserade vården”. (Internetkälla 23 s.50) Det framgår också att Skåne erhöll 136 mnkr i statsbidrag. (Internetkälla 23)

I budgetdokumentet för 2010 är ett av målen att Skåne ska leva upp till minst vårdgarantin inom samtliga verksamheter. (Internetkälla 24) I årsredovisningen för 2010 kommenteras resultatet av Regionstyrelsens ordförande enligt ”Region Skånes kraftsamling för att kapa vårdköerna börjar nu även ge resultat. År 2010 nådde vi målet enligt regeringens kömiljard vad det gäller besök, men vi nådde inte ända fram vad gäller operationer”. (Internetkälla 25 s.8) I samma text tackas alla medarbetare som arbetat hårt med att nå målen för tillgängligheten i vården samt att ordförande är hoppfull att det målmedvetna arbetet kommer att kunna nå längre under de kommande åren då Skånes aldrig haft som ambition att ta genvägar för att nå dessa mål utan konsekvent arbetat med strukturella åtgärder för att nå målen. (Internetkälla 25) I årsredovisningen för 2011 framgår att tillgängligheten förbättrats

yttre under 2011. Antalet väntande patienter totalt har blivit färre sedan Kömiljarden infördes 2009. Även här betonas att det systematiska arbetet med att förbättra tillgängligheten ger resultat men kräver fortsatt uthållighet och att tillgänglighet till vård är en fortsatt prioriterad fråga på alla nivåer i organisationen. (Internetkälla 26) I budgeten för 2012 framgår att den nationella vårdgarantin och att kömiljarden ska uppnås och under tiden har även indikatorer framtagits för att bättre mäta olika framgångsfaktorer. (Internetkälla 27) I årsredovisningsdokumentet för 2012 kommenteras åter Regionstyrelsens ordförande ”*Under 2012 har Region Skåne tagit flera steg i rätt riktning. Vi har ökat tillgängligheten. Vårdköerna har minskat med 12 procent och Region Skåne har uppnått kriterierna för att få ta del av statens kömiljard under nio av tolv månader, vilket är bättre än något tidigare år*”. (Internetkälla 22 s.6)

Revisorerna i Skåne har under åren 2007 och 2008 gjort olika granskningar om sjukvårdsköer och vårdgaranti. I en revisionsrapport från 2011 under namnet ”Sjukvårdens tillförlitlighet och pålitlighet” har revisorerna kommenterat arbetet med tillgängligheten utifrån befintlig lagstiftning och överenskommelse om kömiljard. När det gäller arbetet med tillgänglighet bedöms Region Skåne ha utvecklingsmöjligheter. Med utgångspunkt från Vårdgarantin och det ekonomiska incitamentet Kömiljarden är styrning, samordning och uppföljning väl utvecklad och har dessutom gett önskade effekter. Revisorerna tycker dock att fokuseringen på den lagfästa Vårdgarantin och på regeringens resursincitament är alltför stark. Den elektiva vården för nya patienter får för stort genomslag i styrningen och akutvård samt vården för patienter med existerande vårdkontakt för litet. Regionledningen har visserligen kontinuerlig och god överblick över förhållandet mellan de olika verksamheternas nybesök i relation till återbesök och kan därigenom få en indikation på om undanträngning av återbesök sker. Det är dock endast en indikation, i själva verket kan väntetiderna för exempelvis kroniskt sjuka vara långa. Revisorerna anser att Region Skåne är moget att ta steget att betrakta Vårdgarantin som en försäkring för patienten och inte som ett verksamhetsmål. Om Region Skåne i sin produktions- och verksamhetsstyrning har patienternas bästa ledtid till vård som mål istället för att använda lagar (Vårdgarantin) och statliga ekonomiska incitament (Kömiljarden) så kommer sannolikt lagföljsamhet och Kömiljard som en sidoeffekt. (Internetkälla 28)

Det finns även en rapport med namnet Money Talks? som är framtagen i Regions Skåne under början av 2013. (Tababat-Khani 2013) I denna rapport beskrivs och undersöks

regionens arbete med målrelaterade ersättningar som funnits sedan 2009. I rapportens slutsats kommenteras att de ekonomiska incitamenten haft betydelse på förvaltningsnivå och verksamhetschefer. Medarbetarna inom verksamheterna står dock långt ifrån ersättningen. Därför kan det ekonomiska incitamentet på medarbetarnivå antas vara väldigt lågt. Detta kan förklaras av att de extra pengar som erhålls via den målrelaterade ersättningen utbetalas vid årets slut vilket innebär att de inte kan tas med över årsskiftet och därmed inte direkt användas i verksamheten. De uppmärksammade riskerna vid prestationsersättningar med undanträngningseffekter, ökad dokumentation med falsk bild av kvalitetsförbättringar samt ökad administrativ börda finns även i Region Skånes modell. Detta innebär att Koncernkontoret måste hela tiden vara medveten om dessa risker och skapa instrument för att hantera detta.

5.3.3. Intervju med Skåne

Anpassning av organisation

Region Skåne tror att de var först ut i landet med beslut om en incitamentsmodell kopplad till kömiljarden, vilket skedde i september 2010 av Regionstyrelsen. Denna incitamentsmodell klargör för Region Skånes fördelning av kömiljardens inkomna medel. Region Skåne har under åren reviderat incitamentsmodellen utifrån regeringens förändrade kravbild. Regionen håller även inne på 1,5 % av sjukhusförvaltningarnas ersättning för att ge när kvalitetsmålen uppnås, där bl.a. kömiljardens mål ingår. Detta sanktioneringssystem har funnits i fyra år och pengarna erhålls av sjukhusförvaltningarna när det konstaterats att målen uppnåtts.

En del av den intäkt som kömiljarden ger bokas upp av hälso- och sjukvårdsnämnden redan i budgetarbetet. Medlen används för att utöka uppdragen med bl.a. särskilda satsningar för att öka tillgängligheten. Dock går 60 till 70 % av intäkterna av kömiljarden till respektive förvaltning som klarar av kraven. Det finns en ekonomisk struktur i Skåne där det är kraftigt varierande storlek på sjukhusförvaltningarna. De inkomna pengarna fördelas med grund i sjukhusens omsättning och det antal rader som redovisas i nationella databasen "Väntetider i vården". Regionen Skånes storlek gör att man i absoluta medel får mer pengar än de mindre landstingen.

Det finns sedan 2006 regiongemensamma riktlinjer för remisshantering, sedan 2007 hantering av väntande patienter, samordning av patienter och dessa ska kunna följas oavsett vem som är aktör. Skåne har fått igång arbetet genom ett nätverk av experter inom landstinget. Detta har

underlättat för arbetet med tillgängligheten och att rätt patient får rätt vård i rätt tid av rätt vårdgivare.

Skåne har en uppdragsstyrning sedan 2006 som innebär att det dels klargörs i budgeten vilka volymer av vård som ska produceras och dels redogörs för kvalitetsmålen i vården. En del av kvalitetsmålen handlar om att erbjuda vård i rimlig tid. Region Skåne har under 2012-2013 utvecklat ett s.k. indikatorbibliotek. Region Skånes indikatorbibliotek är en bruttoförteckning över indikatorer som är aktuella för uppdrag, ackrediteringsvillkor och avtal utifrån sjukvårdens samlade uppdrag. Enligt Region Skåne skapar indikatorbiblioteket förutsättningar för en enhetlig, systematisk och transparent uppföljning som underlag för analys och beslutsfattande. Indikatorbiblioteket ger även en överblick över mängden kvalitetsindikatorer.

Den politiska majoriteten har varit oförändrad i region Skåne de två senaste valperioderna. Regionen har därmed haft samma strategi och struktur sedan 2006.

Region Skåne har en samordningsmodell sedan 2005 när den senaste vårdgarantin kom. Regionen framhåller att de är unika i Sverige med sin samordning av patienter inom länet. Viss vård köps in eftersom det har behövts en hjälp utifrån, dels för vårdgarantipatienter men även andra högprioriterade patienter inom länet. Region Skånes inköp av vård har kontinuerligt ökat sedan 2007, då det köptes vård för ca 6 mnkr, till 2012 då det köptes in vård för knappt 50 mnkr. Skåne har sedan maj 2013 ett vårdgarantiavtal tecknat, som ska möjliggöra för regionen att kunna göra mycket mer på ”hemmaplan” och därmed minska behovet av att skicka vårdgarantipatienter utanför Region Skåne.

Förmedling av information

Fram till för ett drygt halvår sedan har en representant varit hos förvaltningscheferna var 4-6 vecka för att kommunicera resultat, problem och aktiviteter som måste vidtas. Varje månad har ledningen uppdaterats på regionens utfall. I samband med beslut om överenskommelsen för 2009 påbörjades ett brett arbete med att se över väntelistor och att identifiera vilka vårdgarantipatienter som fanns per verksamhet. Under åren har Region Skåne utformat kommunikationspaket och aktiviteter beroende på vilka krav som har ställts. Regionens nätverk med experter har fungerat som stöd till linjefunktionerna. Den månatliga genomgången har haft stor inverkan på ledningsgruppen och den interna kommunikationen har lyfts fram som en prioriterad del av arbetet inom regionen och framhålls som väldigt lyckad.

En gång i månaden träffas en grupp av medicinska vårdgivare, personer från produktionsstaben och produktionsledningen samt ledningen över de privata vårdgivarna tillsammans med den funktion som samordnar patienterna inom vårdgarantin. Där diskuteras regionens problemområden, exempelvis ögonvården. Gruppen har haft en månatlig avstämning om dessa områden, där bl.a. handlingsplaner diskuterats. Det hanteras dels förändringar på kort sikt exempelvis om man behöver göra mindre ändringar i produktionen och dels på lång sikt vilket kan innebära ändringar som skruvar upp volymerna på produktionen. Lösningar på problematiken kan exempelvis innefatta att mer pengar behöver satsas för t.ex. upphandling eller att man ger tilläggsuppdrag. Den här typen av problem har sedan 2005 lösts genom en gemensam avstämning och diskussion där samtliga dimensioner av verksamheten har berörts. Region Skåne lyfter fram denna typ av avstämning som ett bra sätt att snabbt komma fram till orsaksgrunden till problemen som i en del fall kan bero på svårigheter att rekrytera personal till vården. En del av kömiljardspengen har använts för att rekrytera ny personal.

Skåne har inte genomfört någon uppföljning via nationell framtagen enkät av personalens kunskaper om vårdgarantin och kömiljarden som några andra landsting har gjort. Däremot har revisionen följt upp detta samt att Socialstyrelsen kommenterat detta i utvärdering.

Region Skåne har ett antal nyckelpersoner i form av personer som arbetar inom regionens nätverk. Det finns två nätverk som arbetar med olika delar av tillgängligheten. Det ena nätverket är ansvarigt för vårdgarantiuppföljningen som arbetar med ständiga förbättringar av tillgängligheten. Det andra nätverket är en samordningsgrupp som koordinerar arbetet, tillgänglighetskoordinatorer. Nyckeln är att det finns en linje att man genom hela verksamheten agerar på rätt sätt i rätt tid och att alla arbetar mot samma sak.

Ansvar och motivation

I sjukvårdsförvaltningarnas uppdrag finns en målrelaterad intern ersättning. Dessa insatser har inte med de statliga pengarna att göra utan är en intern styrning. Tillgängligheten finns med som en parameter i den målrelaterade satsningen. Region Skåne har en internt baserad DRG ersättningsmodell för både öppen och slutenvård. Det finns ett absolut tak på de uppdrag som läggs till förvaltningarna. Det innebär att förvaltningarna inte får ökad ersättning om de producerar över sitt uppdrag. Kömiljardsfinansieringen blir istället en kompensation för den

överproduktionen. Taket reglerar även att inte en viss del av verksamheten kan lägga beslag på en för stor del av den totala ersättningen. Region Skåne hade redan 2009 en intern ersättningsmodell med en prestationsersättning. År 2012 ändrades modellen, men finansieringen beräknas på samma sätt d.v.s. kopplad till de prestationer som regionen lägger uppdrag på. Förvaltningarna får nu uppdraget att producera det givna uppdraget så effektivt som möjligt och har större flexibilitet att välja hur produktionen ska utföras inom det totala ersättningstaket. Taket för ersättningen har funnits hela tiden. Tidigare kunde medlen omfördelas från en förvaltning som inte producerade enligt målen till andra presterande förvaltningar. Detta togs bort 2012, men det finns fortfarande viss möjlighet att flytta uppdrag som inte blir utförda inom verksamheten.

Kommunikation av resultat

Kömiljarden har varit högprioriterad i Region Skåne i flera år och detta finns tydligt kommunicerat i årsredovisningar och andra rapporter. Inom regionen finns en aktiv dialog och kommunikation sker kontinuerligt inom verksamheten.

På grund av den nya ersättningsmodellen för kömiljarden 2013 har det blivit en längre eftersläpning av utfallsinformationen. Ersättningen grundas nu på hur länge de patienter som behandlas en viss månad har väntat. Samtidigt ska landstinget klara av grundkravet samma månad att andelen patienter som har väntat 60 dagar eller kortare ska uppgå till minst 70 procent. Till varje månadsavstämning ges tre separata leveranser av information till ledningen. När det gäller grundkravet brukar det vara klart den 10:e varje månad och då vill koncernledningen veta hur resultaten för Skåne ser ut. Den 20:e varje månad förmedlas resten av landstingens (för grundkravet) resultat till ledningen, för att få en bild av helheten. Månaden efter runt den 8:e förmedlas övriga landets genomförda prestationer. Region Skåne framhåller att kömiljarden har haft effekt, antal väntande har sjunkit markant och för första gången kvalade Skåne in och fick ersättning för januari månad 2013. Det har inte bara blivit kortare väntetider utan fler aktörer deltar inom systemets gränser.

Frågan och dialogen lever hela tiden. Analyser och förslag till åtgärder diskuteras varje månad i ”Skånepusselgruppen” och analyser sker både på kort operativ sikt och på lång sikt i kommande uppdrag. Resultaten diskuteras varje månad hos regionledningen, koncernledningen, förvaltningschefer och sen vidare ut i organisationen. På Regionens

hemsida kan samtliga anställda m.fl. ta del av omfattad information om arbetet med kömiljarden och vårdgarantin. Kömiljardens resultat och utsikter diskuteras också genom revisionsrapporter och liknande. Någon speciell rapport för just kömiljarden finns inte.

Sidoeffekter

Interna rapporter tar upp en del om problematiken med negativa sidoeffekter. Dessutom pågår det nationella arbetet när det gäller uppföljningen av återbesök. Region Skåne påpekar att det är möjligt att det existerar negativa sidoeffekter av arbetet med överenskommelsen, men menar att de haft problem med undanträngningar av återbesök redan innan kömiljardens införande. Frågan om undanträngningar diskuteras kontinuerligt, exempelvis om viktiga grupper som kroniker och cancerpatienter blir mindre prioriterade. Skåne framhåller att det alltid finns en risk med alla insatser och att det är svårt att förutse samtliga effekter. Därför är det viktigt med indikatorer som mäter det man vill uppnå. Det är svårt att hitta bra indikatorer som mäter undanträngningseffekter.

5.3.4. Analys av Scenario 3

När överenskommelsen om en enhetlig vårdgaranti kom 2005 beslutades det om en samordningsmodell inom regionen. I denna fanns regiongemensamma riktlinjer för remisshantering, hantering av patienter m.m. Direkt efter beslutet om kömiljarden 2009 påbörjades ett arbete att se över väntelistor och att identifiera aktuella patienter. I budgetdokumentet för 2010 var ett av målen att Skåne ska leva upp till minst vårdgarantin inom samtlig verksamheter. I budgeten för 2012 har detta utökats med att även kömiljarden ska uppnås och att indikatorer framtagits för att bättre mäta olika framgångsfaktorer för att nå målet. Det finns således beslut i regionfullmäktige att det är ett mål att kömiljarden ska uppnås.

För att stimulera arbetet med att göra bra resultat för kömiljarden finns en incitamentsmodell för ökad tillgänglighet till hälso- och sjukvården i Skåne. Denna beslutades av politikerna i regionstyrelsen i augusti 2010. Denna modell innebär att verksamheterna får del av statsbidrag som erhålls utöver det som budgeterats i årsbudgeten. Det belopp som gått till verksamheterna har varit ca 60-70 procent av det totala statsbidraget. Enligt teorin borde ett incitamentsystem stimulera verksamheten till utökad produktion. Skåne är ett av de få landsting som har en sådan modell. Detta borde teoretiskt innebära att möjligheten att få ett högt statsbidrag borde vara goda. Skåne har samtliga år fått en ersättning något lägre än den genomsnittliga ersättningen per person. Region Skåne hade redan ett

prestationsersättningssystem till verksamheterna när kömiljarden infördes 2009. Detta var till stora delar ersättning enligt DRG. Denna modell har utvecklats och det finns nu målrelaterade ersättningar som verksamheterna får när målen är uppnådda. Denna ersättning erhålls vid årets slut och kan därmed inte på ett enkelt sätt överföras till nästa år. Pengarna kan på detta sätt inte direkt återinvesteras i den egna verksamheten. Denna hantering som innebär att verksamheten inte har möjlighet att använda dessa medel kanske även har påverkat att incitamentsmodellen för kömiljarden ännu inte fått effekt via högre statsbidrag. Region Skåne har visat en viss resultatförbättring under första kvartalet 2013 vilket kanske har påverkats av att modellen nu har etablerats.

Personal som varit projekt drivande har haft regelbunden information direkt med förvaltningscheferna under hela kömiljardens tid. En gång i månaden träffas medicinska vårdgivare, personer från produktionsstaben och produktionsledningen m.fl. tillsammans med den funktion som samordnar patienterna inom vårdgarantin. Region Skåne har en tydlig organisation för arbetet med tillgänglighet och kömiljarden vilken teoretiskt innebär bra förutsättningar att få resultat.

Att samtlig personal inom vården är aktiva i arbetet med tillgänglighet och kömiljard är viktigt enligt teorin. Detta har Region Skåne noterat då Regionstyrelsen ordförande i årsredovisningen från 2010 tackar alla medarbetare som arbetat hårt med att nå målen för tillgängligheten i vården.

Revisorerna har följt landstingets arbete med kömiljarden och har noterat i rapporter om risker om undanträngningseffekter m.m. för patienter. Detta innebär att dessa frågor har diskuterats inom regionen vilket även bör ha inneburit att rutinerna kring detta har skärpts. Bra rutiner för uppföljning av sidoeffekter av kömiljarden bör gynna ett bra resultat på sikt.

I årsredovisningsdokumenten har i flera år tillgänglighet och kömiljardens resultat kommunicerats. Det har även betonats att arbetet med kömiljarden är långsiktigt. I årsredovisningen för 2010 är regionstyrelsens ordförande hoppfull att det målmedvetna arbetet kommer att nå längre under de kommande åren då Skånes aldrig haft som ambition att ta genvägar för att nå dessa mål utan konsekvent arbetat med strukturella åtgärder för att nå målen. I årsredovisningen 2011 betonas att det systematiska arbetet med att förbättra tillgängligheten ger resultat men kräver fortsatt uthållighet och att tillgänglighet till vård är en fortsatt prioriterad fråga på alla nivåer i organisationen. Region Skåne har i årsredovisningarna kommunicerat resultatet trots att ersättningsnivån för kömiljarden varit

lägre än riksgenomsnittet. Enligt teorin är det viktigt att kommunicera resultat och mål. Denna tydlighet i budskapet från ledningen under flera år börjar kanske ge resultat nu eftersom Skåne för första gången fick ersättningen för januari månad 2013 och uppnådde den högre ersättningsgränsen för mars.

Enligt genomgången av Region Skånes styrdokument och intervjun med representanter från Regionen har det framkommit att det har funnits ett tydligt strukturerat arbete mot överenskommelsens kravbild. Regionen har enligt studiens genomgång utvecklat ett arbetssätt som kan liknas vid den organisationella anpassning som beskrevs i Scenario 1. Det arbete som Regionen har gjort stämmer inte överens med den situation som beskrevs i scenario 3. Region Skåne har en tydlig plan för hur arbetet ska ske och det kan tänkas att de relativt låga och jämna resultaten kan bero på att organisationen har haft en lång startsträcka för att nå ökade prestationer. En agent kan, enligt teorin, trots ett gott arbete och en anpassning mot överenskommelsens kravbild visa på ett relativt lågt resultat. I Skånes fall kan den långsamma utvecklingen exempelvis bero på Regionens storlek. Om Regionens arbete fortskrider som det gjort kan det tänkas att Skåne passar bättre i scenario 5 inom ett par år, där regionen, efter en långsam start, visar en positiv resultatutveckling.

5.4. Scenario 4

5.4.1. Kategorisering av Scenario 4

De landsting som ligger i gruppen ”De landsting som redovisar att statsbidragen har varit på olika nivåer under fyraårsperioden med nedgång 2012” har haft en försämrad utveckling för statsbidragstilldelningen 2012. Dessa landsting har enligt vår teoretiska haft en ojämn resultatutveckling. Det innebär att de kategoriseras till det teoretiskt scenario 4: ”Ett arbetssätt som ger varierande statsbidrag över tiden och har en negativ resultatutveckling 2012.”

Ett principal-agentförhållande i en politiskt styrd organisation kan vara problemfyllt. I de fall en beslutad anpassning av organisationen har skett utifrån kömiljarden av ett folkvalt landstingsfullmäktige så kan detta äventyras vid ett maktskifte efter ett val. Ett nyvalt landstingsfullmäktige kan besluta utifrån nya prioriteringar och därmed minska arbetet mot överenskommelsen. Detta skulle kunna förklara att det sker en ganska omgående resultatförsämring.

Inom landstingen finns det personalbrister för flera personalkategorier. För att kunna upprätthålla en hög produktion när personal slutar så är det viktigt att ny personal bemannar tjänsten snabbt. Det är viktigt att det finns en kontinuitet på personalsidan. Ofta finns det

nyckelpersoner i en organisation. Om dessa försvinner kan styrningen påverkas och därmed resultaten snabbt försämrats.

De landsting som tilldelades höga intäkter de första åren när kömiljarden infördes hade redan en bra tillgänglighet i landstingen. De hade troligen haft tillgänglighetsmål i landstingets egna målsättningar. Genom att ha bra invanda rutiner kunde resultaten under kömiljardens första år förbättras utifrån en redan hög nivå. I de fall landsting uppnådde ersättning under sommarmånaderna så erhöles stora statsbidragsbelopp då det var få landsting som var med och delade på denna pott. När fler landsting uppnådde dessa mål på sommarmånaderna så minskades statsbidraget markant trots att landstinget kan ha haft en lika bra eller till och med en något bättre tillgänglighet. Eftersom tilldelningen av statsbidraget sker per invånare så påverkas ett mindre landsting mycket mer än ett större landsting när fler ska dela på medlen.

För att kunna testa om det finns ett samband mellan resultatet och den teoretiska modellen har vi valt att telefonintervjua Region Halland som redovisar minskat statsbidrag 2012 utifrån en hög nivå 2011 för att få mer information hur de arbetat med överenskommelsen.

5.4.2. Introduktion av Halland

Landstinget Halland blev en region 2011. Befolkningen uppgår till drygt 304 000 invånare per den sista december 2012. I Halland har alliansen styrt tillsammans med Miljöpartiet sedan 2006. Skattesatsen i Halland var 10,42 kr år 2012. Genomsnittlig region/landstingsskatt i Sverige var 11,07 kr. Antalet anställda inom Region Halland är närmare 7 600 personer. Totalt uppgår nettokostnaden till drygt 7,1 miljarder kronor. (Internetkälla 29)

Region Halland har en soliditet motsvarande 49,9 procent enligt balansräkningen i årsredovisningen 2012. Detta placerar Halland på tredje plats bland landstingen vilket innebär att regionen har en god betalningsförmåga jämfört med övriga landsting. (Internetkälla 29) De ekonomiska resultaten de senaste åren 2009-2012 uppgår till:

Tabell 3.4 År	Resultat Region Halland	Statsbidrag för kömiljarden
2009	- 10 mnkr	33,0 mnkr
2010	155 mnkr	96,8 mnkr
2011	- 115 mnkr	178,1 mnkr
2012	85 mnkr	67,9 mnkr

(Tabellen baseras på information från Internetkälla 29 och bilaga 2)

Tabellen visar att intäkterna från statsbidragen för kömiljarden har varit viktiga komponenter i årsresultatet för Region Halland de senaste åren. Att statsbidraget haft en stor betydelse för Hallands resultat under 2009-2012 framgår av ovan siffror. Utan det stora tillskottet av statsbidrag för 2011 skulle det negativa resultatet vara närmare 300 mnkr. För 2012 reducerades statsbidraget med över 100 mnkr, trots att tillgängligheten var på motsvarande nivå som föregående år, men tillskottet bidrog ändå till att det kunde redovisas ett positivt årsresultat.

Enligt dokumenten för ”Budget 2009 och ekonomisk plan 2010-2012” hade Halland politiskt beslutade mål av landstingsfullmäktige för tillgängligheten. I dokumentet finns ett övergripande mål att medborgarna ska vara nöjda och engagerade, minst 90 procent av hallänningarna ska vara nöjda med det utbud och den tillgänglighet som landstinget erbjuder. När det gäller tillgängligheten skulle detta mål uppnås via att hälso- och sjukvård tillgodoses i god tid samt att vården skulle möjliggöra valfrihet för invånarna. Hälso- och sjukvården skulle organiseras så att hallänningarna fick valfrihet vilket bl.a. innebar att det blev större möjligheter att söka vård av andra aktörer. (Internetkälla 30) I budgetdokumentet för 2011 (Budget 2011 och ekonomisk plan 2012-2013) framgår att Regionfullmäktige verkar för att tillgängligheten i den hälso- och sjukvård som finansieras av Region Halland ska vara 100 procent och i enlighet med lagstadgade vårdgarantin motsvarande 90 dagars väntan. Arbetet med att förbättra tillgängligheten skulle följa gällande riktlinjer, dels inom det nationella projektet om tillgänglighet och eget arbete. Denna målsättning var i linje med den Hälso- och sjukvårdspolitiska inriktningen att hälso- och sjukvård skulle ske i rätt tid. (Internetkälla 31) Uppföljning av målet skulle bl.a. ske enligt:

- Tillgänglighet och följsamhet till den lagstadgade vårdgarantin
- Tillgänglighet och följsamhet till den nationella kömiljarden (Internetkälla 31)

I dokumenten för budget 2012 och 2013 är inte tillgänglighetsmålet lika framträdande längre utan detta är mer konkretiserat i uppdraget till hälso- och sjukvården. (Internetkälla 32)

När landstingsstyrelsens ordförande och landstingsdirektören sammanfattar 2009 års verksamhet i Årsredovisningen för år 2009 inleds denna text med ”*Tillgängligheten till den halländska vården har ökat väsentligt, och allt fler hallänningar får nu vård inom vårdgarantins tidsramar. Det stora arbete som lagts ner minskar väntetider och lidande, och har också lett till att Halland 2009 fick full utdelning av den så kallade kömiljarden*”.

(Internetkälla 33 s.6) Även i årsredovisningen för år 2010 betonas samma budskap när året

ska sammanfattas med tillägget att ”*Framgångarna kommer inte av sig själva, utan är ett resultat av fantastiska insatser av vårdens medarbetare. Tillgängligheten har haft hög prioritet och mycket kraft har lagts på att skapa fokus kring arbetet, utifrån en gemensam värdegrund. Medarbetarna har varit engagerade, samarbetat och hittat lösningar över organisationsgränserna*”. (Internetkälla 34 s.6) I årsredovisningarna för 2011 och 2012 beskrivs resultatet från kömiljarden i måluppfyllelseavsnittet för vården där det konstateras att Halland har erhållit betydande medel från kömiljarden. (Internetkälla 29 och 35)

5.4.3. Intervju med Halland

Anpassning av organisation

År 2009 fattades ett tydligt politiskt beslut om arbetet med tillgängligheten för patienter. Tillgängligheten skulle ha högsta prioritet. Målet skulle vara högre än det nationella målet på 90 procent. 100 procent av patienterna i Halland skulle få vård inom vårdgarantins 90 dagar.

2009 gjordes en större satsning med att förbättra tillgängligheten där en del var att hälso- och sjukvårdsdirektören ingick i en arbetsgrupp där det fanns representanter från varje förvaltning. Arbetsgruppens deltagare fick mandat att arbeta med frågan. I början var det fysiska möten varje vecka men efter ett halvår/helår blev det varannan vecka. Nu är det telefonavstämningar en gång i veckan där bl.a. väntandeläget på klinikerna diskuteras och vilken hjälp som behövs av andra aktörer.

En grundförutsättning för Region Halland blev att sjukhusen inte ägde sina patienter utan patienterna skulle få erbjudande att bli behandlade av annan vårdgivare. Detta gäller fortfarande. Klarar inte sjukhusen vårdgarantin ska man erbjuda patienterna något annat alternativ.

I fullmäktiges mål ändrades texten inför 2012. I hälso- och sjukvårdsuppdraget står nu att vården ska nå resultat som är nationellt ledande och att resultaten ska bli bättre över tid.

Region Halland anser att det är svårt att pedagogiskt förklara förändringar som sker i regelverket för att kunna få del av kömiljarden. Från 2013 är det fokus på utförda behandlingar istället för antal väntande samtidigt som det ska uppnås en viss nivå på väntandelistan. Förra året var det problem på sommarmånaderna då antalet väntande ökade och maximalt statsbidrag kunde inte uppnås. Nu mäts det på den utförda vården och det får konsekvenser för mätningen och måluppfyllelsen längre fram under hösten. Det sker mindre planerade operationer på sommarmånaderna och endast särskilt prioriterade åtgärder utförs.

Det innebär att det till hösten opereras fler patienter som väntat längre. Därför kommer det att bli en dipp i tillgänglighetsresultatet för september och oktober. Det nya regelverket gynnar de verksamheter som har en mer långsiktig planering och de som har mindre neddragningar i sjukvården under sommaren.

I princip samtliga patienter inom Region Halland får nu vård inom vårdgarantins 90 dagar. Det innebär att patienterna i mindre utsträckning vill bli behandlade hos andra landsting då köerna är korta. Patienterna väljer hellre att vänta lite längre för att få göra åtgärderna i Halland. Det är nu svårare att styra patienterna med remisser till annan vårdgivare då tidsskillnaden för att få vård inte blir så avsevärt förändrad. Det är ett gott betyg för kvaliteten i Region Halland att patienter vill bli behandlade i Halland, men det kan innebära mindre intäkter från kömiljarden då kötiden blir längre.

Halland är ett av de få landsting som aktivt arbetat med att anlita vårdgivare utanför den egna verksamheten. Statsbidragen finansierar till stora delar idag den vård som köps. Då fler landsting får bättre tillgänglighet kommer statsbidragen att fördelas på fler landsting vilket kommer innebära mindre intäkter till Halland.

Förmedling av information

Halland har en känsla av att informationen om vårdgarantin till vårdpersonalen inom sjukvårdssektorn skulle kunna vara bättre. Det skapades formella arbetsgrupper med representanter från klinikerna 2009 för att hitta rutiner att informera att patienterna hade möjlighet att välja andra vårdgivare. Det arbetades fram tydlig information till patienterna om att det finns möjlighet att få vård av annan vårdgivare.

Det anordnas bredare möten två gånger per år med personal som aktivt berörs av arbetet med vårdgarantin. Vid de kontinuerliga telefonavstämningarna sker utbyte av information.

Det finns nyckelpersoner inom varje sjukhus. Dessa är tillgänglighetskoordinatorer som är utsedda av sjukhusledningen för att ta fram data, statistik m.m. Deras uppgift är att ha koll på tillgängligheten på sjukhusen. Dessa personer rapporterar löpande till central handläggare vid regionkontoret. Det finns även tillgänglighetskoordinatorer längre ute i verksamheten. Det är därmed en bred förankring, men det kan självklart bli bättre.

Ansvar och motivation

I det ordinarie ersättningssystemet får sjukhusen ersättning för alla behandlingar som genomförs oavsett kösituationen. Ersättningen är till stora delar prestationsrelaterad. I denna beställning ingår att tillgängligheten ska uppnå vissa nivåer. Tidigare år har det hänt att beställningen har utökats under året och att verksamheten på detta sätt indirekt fått del av de högre statsbidragsintäkterna. Under 2012 har verksamheterna även fått en extra del av statsbidraget varje månad som 80 procentmålet klarades.

Region Halland för statistik på antalet patienter som berörs av vårdgarantin. Regionen följer kostnaderna för vårdgarantin kontinuerligt. Regionen anser att det skulle vara önskvärt att även få ut vad som köps per DRG-poäng men det är svårt. Det uppstår även problem för uppföljningen av kostnaden när patienter går utanför vårdgarantin genom att de direkt söker sig till annan vårdgivare via det fria vårdvalet.

Har en patient blivit remitterad till ett besök utanför landstinget har patienten även rätt att få behandlingen på samma sätt. Halland vill dock alltid få en bekräftelse från vårdgivare som ska utföra vården.

Kommunikation av resultat

Varje månad är det en genomgång med politikerna för information om tillgängligheten. Varje månad får sjukhusen återkoppling på hur många personer som har hänvisats till annan vårdgivare. Det har blivit längre eftersläpning av informationen under 2013 då uppföljningen av kömiljarden utgår från utförda besök och operationer. Nu är eftersläpningen 1,5 månader.

Uppföljning sker i månadsrapporter, delårsbokslut samt i årsredovisningar. Kömiljarden har varit fördelaktig för Halland och detta har informerats på olika sätt.

Halland deltar i flera nätverk för vårdgarantin vilket upplevs som positivt. Det finns ett nationellt nätverk som SKL driver men det finns även nätverk med olika landsting där Halland aktivt deltagit. Nätverken upplevs som betydelsefulla i arbetet med tillgängligheten.

Sidoeffekter

Det finns en nationell satsning på mätning av återbesök som ska redovisas i slutet av 2013. Halland har redan följt återbesökens utveckling. Det har funnits diskussioner om att nybesök i

vissa fall kan gå före ett återbesök, men inga särskilda undanträngningseffekter i Halland har konstaterats.

Det diskuteras att förbättrad tillgänglighet kan ha påverkan på en ökad vårdkonsumtion. Bedömning måste ske genom medicinska prioriteringar, evidens och beprövade erfarenheter. Det fanns tidigare patienter som "läktes" under kötiden och det blev därför aldrig aktuellt med någon behandling. Detta sker inte idag eftersom vården ges snabbare då tillgängligheten är bättre. Det är viktigt att rätt person ska få rätt vård vid rätt tillfälle. Fler patienter har idag bättre kunskaper och är pålästa genom att använda internet m.m.

Lagstiftningen borde kompletteras för vårdgarantin med ett klarare regelverk för ansvarstagandet när vården köps av andra vårdgivare. Idag finns det oklarheter vem som ska ta ansvaret vid komplikationer efter utförda köpta behandlingar. Det borde finnas ett bättre skyddsnät för patienterna i dessa fall.

Övrigt

När patienterna 2009 fick möjlighet att välja att få vård utanför landstinget var det två års väntan på en höftoperation och därför var patienterna villiga att åka var som helst för att få en operation. Det var väldigt mycket positiv feedback från dessa patienter när de fick vård eftersom de hade upplevt mycket värk m.m. innan operationen utfördes.

Det finns en osäkerhet kring vad som sker efter 2014. Frågan är vad som händer när statsbidraget inte längre finns. Statsbidraget bedöms ha haft en positiv effekt för tillgängligheten inom Region Halland.

5.4.4. Analys av Scenario 4

Region Halland har resultatmässigt varit en stor vinnare under kömiljardens alla år, då de har erhållit en relativt stor del av den totala ersättningen. Däremot har den totala summan av erhållet statsbidrag från kömiljarden fluktuerat kraftigt mellan åren. Detta kan delvis förklaras av ett ersättningssystem likt kömiljardens natur. Ett landsting kan erhålla betydligt mer eller mindre från ett år till ett annat trots ett liknande resultatutfall för tillgängligheten. Det beror på att fler eller färre landsting klarar av prestationskraven, effekten blir större om något eller flera av de tre invånartätaste landstingen kraftigt förändrar sitt resultat. Region Halland hade en tillgänglighet 2012 på en motsvarande nivå som föregående år, men på grund av kömiljardens konstruktion mer än halverades statsbidragsbeloppet.

Redan år 2009 tog Region Halland ett tydligt politiskt beslut att patienttillgängligheten inom sjukvården skulle ha högsta prioritet. Under 2009 satte Regionen målet att man skulle erbjuda 100 % av patienterna vård inom 90 dagar. Om denna vård inte kunde erbjudas inom Regionens sjukvård skulle patienten erbjudas möjlighet att få vård hos någon annan aktör. Det har sedan kömiljardens start existerat en arbetsgrupp som träffas ofta och där resultaten för vårdgarantin och kömiljarden diskuteras. Resultaten kommuniceras och förmedlas tydligt ut i organisationen genom möten och budgetar, vilket ger en välinformerad personal. Enligt teorin är detta av stor betydelse för att uppnå ett lyckat resultat.

Den politiska majoriteten har inte förändrats under tiden för kömiljarden och samma tydliga direktiv har därmed givits från den politiska ledningen. Det finns ett antal nyckelpersoner för arbetet med kömiljarden och dessa har inte försvunnit bort från arbetet. Enligt teorin skulle en förändring av den politiska majoriteten eller försvinnandet av eventuella nyckelpersoner kraftigt påverka en aktörs resultat negativt. Då detta inte skett stärks tesen om att Regionens kraftiga fluktuationer beror på kömiljardens prestationssystem.

Region Halland har även haft en tydligt kommunicerad prestationsbaserad modell där presterande verksamhet vid vissa år fått en del av ersättningen när den högre 80-procentgränsen uppnåtts. Detta kan enligt teorin ha influerat verksamheterna att arbeta mot en ökad tillgänglighet och därmed en ökad intäkt.

Region Halland har en tydlig strategi där man erbjuder vård hos andra aktörer om vårdgarantins mål inte kan uppnås. Det innebär att landstinget aktivt satsat relativt stora summor för att förbättra tillgänglighetssiffrorna. Enligt teorin innebär detta att regionen ansett att organisationens ideologiska grund och finansiella situation gynnas av en sådan satsning. Alltså har man genom en större ekonomisk satsning även kunnat erhålla mer ekonomiska intäkter från bl.a. kömiljardens prestationssystem. Ersättningsnivån från kömiljarden beror till stor del på hur bra eller dåligt andra landsting presterar. Skulle fler landsting klara av prestationskraven minskar intäkterna från kömiljarden i samma takt. Då intäkterna från kömiljarden finansierar en stor del av den köpta vården kan det bli svårt för Regionen att erbjuda sina patienter vård av annan aktör i samma utsträckning. Kömiljardens existens är endast garanterad till 2014, skulle den försvinna kan det få stora konsekvenser för Regionens möjlighet att upprätthålla en hög tillgänglighet genom köpt vård.

Nu erhåller närmre 100 % av patienterna vård inom vårdgarantins 90 dagar, som ett resultat av detta tackar en allt större del av patienterna nej till vård hos andra aktörer då de anser att de

får en bra vård inom en rimlig tid i Region Halland. Den här utvecklingen är självklart önskvärd och ett gott betyg för Regionens sjukvård, men det kan föra med sig negativa konsekvenser. På lång sikt kan den här utvecklingen innebära att kötiderna återigen växer och intäkterna från kömiljarden minskar.

Kömiljardens resultat har kommunicerats i årsredovisningarna. När regionstyrelsens ordförande och landstingsdirektören sammanfattar 2009 års verksamhet inleds denna text med *”Tillgängligheten till den halländska vården har ökat väsentligt, och allt fler hallänningar får nu vård inom vårdgarantins tidsramar. Det stora arbete som lagts ner minskar väntetider och lidande, och har också lett till att Halland 2009 fick full utdelning av den så kallade kömiljarden”*. (Internetkälla 33 s.6) Regionens högsta ledning lyfter här fram att kömiljarden är viktig. Även i årsredovisning 2010 betonas samma budskap när året ska sammanfattas med tillägget att *”Framgångarna kommer inte av sig själva, utan är ett resultat av fantastiska insatser av vårdens medarbetare”*. (Internetkälla 34 s.6) Budskapet ger signaler till medarbetarna att det är ett värdefullt arbete som genomförts, vilket enligt teorin är en viktig komponent för att nå ett bra resultat.

Region Hallands resultatutveckling visade på indikatorer som stämde väl överens med scenario 4. Efter intervjun med Regionen och en genomgång av aktuella styrdokument framgick att hanteringen av Hallands arbete med kömiljarden fungerat lite annorlunda i realiteten. Region Halland är inom kömiljardens ramar en högpresterande aktör, med ett tydligt taget beslut som är väl kommunicerat ut till verksamheterna. Region Hallands arbete med kömiljarden ligger kanske närmare scenario 1, då Regionen har anpassat sig efter kömiljardens ramverk och presterar därmed goda resultat. Fluktuationerna i de ekonomiska resultaten beror snarare på överenskommelsens uppbyggnad än att det skett någon betydelsefull förändring i Regionens sätt att styra. Den erhållna ersättningen är beroende av andra landstings gjorda prestationer, vilket innebär att de ekonomiska resultaten kan skifta kraftigt för ett högpresterande landsting när man under tidigare strategiskt viktiga månader får dela ersättning med fler landsting. Region Halland har snarare arbetat konsekvent och med tydlighet, vilket förklarar Regionens goda resultat.

5.5. Scenario 5

5.5.1. Kategorisering av Scenario 5

De landsting som ligger i gruppen ”Landsting som redovisar att statsbidragen har varierat på olika nivåer under fyraårsperioden med uppgång 2012” har haft en förbättrad utveckling för

statsbidragstilldelningen under 2012. Dessa landsting har enligt vår teoretiska modell haft en ojämn resultatutveckling. Det innebär att de kategoriseras till det teoretiskt underbyggda scenario 5: ”Ett arbetssätt som ger varierande statsbidrag över tiden och har en positiv resultatutveckling 2012.”

På samma sätt som det kan ske omprioriteringar och nya ställningstaganden efter ett val så att vissa externa målsättningar får lägre prioritet kan andra få högre prioritet. Ett nytt folkvalt fullmäktige kan besluta om tydligare satsning och anpassning mot externa prestationsmål. Detta skulle kunna innebära att varierande politiska majoriteter kan prioritera överenskommelserna med SKL olika tydligt och därmed kan ersättningen variera. Ett ökat statsbidrag för 2012 skulle kunna förklaras av att det skett en ändring i politiken efter valet 2010.

För personalen inom hälso- och sjukvården finns det numera många olika arbetsgivare såväl offentliga som privata. Det är viktigt att ett landsting har en bra personalpolitik så de blir en attraktiv arbetsgivare för vårdpersonalen. I de fall det sker nyanställningar där personal kommer med ny kompetens och nya idéer kan detta stimulera att så att det sker en effektivisering så att fler prestationer utförs och därmed erhåll mer statsbidrag.

Om en aktör visar på relativt låga resultat under överenskommelsen första år och efter ett antal år lyckas uppnå en stark positiv trend i sina resultat kan detta tänkas bero på att aktören haft en relativt lång startsträcka. Agenten kan ha gjort det arbete som tidigare beskrevs i scenario 1. Med andra ord har agenten tagit beslut, förmedlat en tydlig målbild till hela verksamhetens alla nivåer och påbörjat vägen mot en anpassning av överenskommelsen. Även om detta görs i enighet med scenario 1 är det ingen garanti för att agenten omedelbart börjar visa en positiv utvecklingskurva för resultaten.

För att kunna testa om det finns ett samband mellan resultatet och den teoretiska modellen har vi valt att intervjua Landstinget i Östergötland som redovisar ökade statsbidrag 2012 jämfört med en lägre nivå 2011 för att få mer information hur de arbetat med överenskommelsen.

5.5.2. Introduktion av Östergötland

Befolkningen i landstinget i Östergötland uppgår till ca 435 000 invånare. Landstinget i Östergötland styrs sedan 2006 av en majoritet bestående av de fyra allianspartierna, samt ett lokalt parti. Skattesatsen (utdebitering) för landstinget uppgick år 2012 till 10,27, under tidigare år låg den på 9,85. Höjningen förklaras i landstingets årsredovisning som en effekt av

att de tog över kollektivtrafiken. Totalt arbetar knappt 12 000 personer inom landstinget. Landstingets nettokostnad uppgick till 9,9 miljarder 2012. (Internetkälla 36) Landstinget i Östergötlands balansräkning för 2012 visade på en soliditet motsvarande 56 %. Detta innebär att landstinget har en soliditet och därmed en långsiktig betalningsförmåga som är betydligt högre än genomsnittet för Sveriges landsting. (Internetkälla 36) Resultaten för åren 2009-2012 uppgår till:

Tabell 3.5 År	Resultat Landstinget i Östergötland	Statsbidrag för kömiljarden
2009	445 mnkr	47,4 mnkr
2010	456 mnkr	31,9 mnkr
2011	259 mnkr	31,5 mnkr
2012	268 mnkr	99,4 mnkr

(Tabellen baseras på information från Internetkälla 36 och bilaga 2)

I tabellen framgår att Landstinget i Östergötland mottog ett relativt jämt och lågt statsbidrag för åren 2009 till 2011. 2012 inträffade en dramatisk utveckling, då intäkterna från kömiljarden mer än tredubblades. Samtidigt har landstingets årliga resultat fallit från dryga 450 mnkr för åren 2009 och 2010 till dryga 260 mnkr för åren 2011 och 2012.

I årsredovisningen för 2009 lyfts arbetet med tillgängligheten fram och att regeringens införande av statsbidrag direkt påverkat landstingets kötider. Resultatet av Landstingets insatser medförde att ett rekordlångt antal patienter fick vänta över tre månader. Arbetet lyftes fram som lyckat och att det hårda arbetet ska fortsätta under kommande år. Uppföljningen av tillgängligheten utgår under 2009 från vårdgarantins 90 dagar. (Internetkälla 37)

I årsredovisningen för 2010 framhålls att tillgängligheten inom den specialiserade vården är lägre i Östergötland än i övriga Sverige. Den prestationsbaserade ersättningsmodellen lyfts dock fram av landstinget som en pådrivande faktor för tillgänglighetsarbetet. All sjukvård inom landstinget har haft en prestationsbaserad ersättning kopplad till tillgängligheten och privata aktörer har fått extra beställningar för att minska landstingets väntetider för framförallt specialistvård. (Internetkälla 38)

I årsredovisningen 2011 lyfter landstingsstyrelsens ordförande upp tillgänglighetsarbetets betydelse. Det framhålls att tillgängligheten är ett centralt mål för verksamheten, att landstinget stadigt förbättrat sina tillgänglighetsciffror och att de sakta men säkert börjar närma sig toppen i Sverige. Landstingets gedigna arbete med produktionsplanering, kapacitetsanalyser, verksamhetsplaner, personalstyrkans arbetsinsats och intern

kommunikation/avstämning ses som viktiga framgångsfaktorer. Under 2011 förändrades landstingets tillgänglighetsuppföljning för den somatiska vården, där man numera fokuserar på tidsgränsen 60 dagar istället för vårdgarantins 90 dagar. Till den nya tidsgränsen finns även en målrelaterad ersättningsmodell fattad. Det konstateras även att den förbättrade tillgängligheten beror på verksamheternas långsiktiga arbete med tillgängligheten, samt landstingets ekonomiska satsning. Landstinget i Östergötland påpekar i sin årsredovisning för 2011 att tillgänglighetsarbetet är för fokuserat på nybesök och att det finns risker för undanträngningseffekter för återbesökande patienter. Landstinget föreslår en s.k. ”Kvalitetsmiljard” för att stärka sjukvårdens kvalitet och minimera risken för undanträngningseffekter orsakade av tillgänglighetsarbetet. (Internetkälla 39)

I årsredovisningen för 2012 lyfts landstingets arbete med kömiljarden fram särskilt. Landstingsdirektören uttrycker sig följande om arbetet *”Tillgängligheten har ökat till såväl sjuk- som tandvård i Östergötland vilket är fantastiskt bra för våra patienter. Alla vet att en sådan förbättring inte görs av sig självt utan är resultatet av ett systematiskt arbete på flera fronter. Jag hoppas att detta visar sig vara en robust tillgänglighet som vi skall lyckas behålla och även uppnå inom de områden som fortfarande har långa väntetider”*. (Internetkälla 36 s.7) Senare i årsredovisningen för 2012 betonas återigen tillgänglighetens betydelse och att Östergötland har skärpt till tillgänglighetsmålen, alla patienter ska få vård inom 60 dagar eller bli erbjudna vård på en annan enhet. Det påpekas att väntetiderna minskat drastiskt de senaste åren och detta illustreras genom att antalet patienter till besök inom specialiserad vård som väntat mer än 60 dagar under 2010 uppgick till ca 3 500, motsvarande siffra för 2012 var 1 300 patienter. Tillgänglighetsarbetet går framåt. Förbättringen är uppenbar även i en jämförelse med övriga landsting. Våren 2010 visade Östergötland bland de sämsta resultaten i landet. I motsvarande mätning hösten 2012 visade istället Östergötland på landets näst bästa resultat, endast överträffat av Region Gotland. (Internetkälla 36)

5.5.3. Intervju med Östergötland

Anpassning av organisation

I Östergötland har det inte tagits några särskilda beslut om att rapportera resultat och försöka få del av kömiljarden. Det har varit en självklarhet att arbeta mot en god tillgänglighet så inga särskilda beslut har tagits. Kömiljarden är en sporre men Östergötlands utgångspunkt är att i första hand nå rimliga väntetider för alla patienter.

I budgetprocessen har landstingets finansförvaltning varit angelägna att få svar på hur mycket statsbidrag Östergötland har kunnat räkna med på årsbasis. Pengarna har i nästa steg används som en intäkt i den totala landstingsbudgeten.

Östergötland har från och till köpt vård från andra aktörer för att förbättra tillgängligheten. Om patienten inte kan tas emot inom tre månader på besök eller behandling ska kliniken informera patienten om detta i god tid. Patienten ska få ett erbjudande om besök eller behandling på en annan sjukhusklinik eller hos en privat vårdgivare i Östergötland som har kortare väntetid. Om det inte är möjligt, kan patienten bli erbjuden besök eller behandling i annat län – i första hand inom Landstinget i Jönköpings län eller Landstinget i Kalmar län.

Förmedling av information

Inom Östergötland är det fokus på att klara vårdgarantins krav. Kömiljarden är mindre intressant i detta sammanhang. Information om kömiljarden har kommunicerats med i första hand är det vårdgarantins krav och regelverk som lyfts fram. Någon särskild information till personalens om kömiljardens förutsättningar m.m. har inte genomförts. Inte heller har det skett någon specifik kompetensutveckling riktad i organisationen.

Östergötland ser ingen koppling till arbetet med kömiljarden för personalsituationen inom landstinget. Ökade insatser och ibland nyrekryteringar har inget samband med kömiljarden utan är kopplade till förändrade medicinska behov eller flaskhalsar av olika slag. Det har inte identifierats att förändring i personalsituationen för specifika nyckelpersoner har påverkat arbetet med vårdgarantin och kömiljarden.

Ansvar och motivation

Östergötland har en uppföljning och en särskild ersättningsmodell gentemot berörda centrum. Det är en modell med målrelaterade ersättningar. Östergötland har haft en liknande målrelaterad ersättningsmodell sedan 2009. Målvärdena i modellen har skärpts i takt med tiden. Klinikerna har ett ekonomiskt ansvar i alla delar men det har hänt att Hälso- och sjukvårdsnämnden har finansierat särskilda satsningar. I verksamheten är ett välanvänt medel att ha en kapacitets- och produktionsplanering.

Östergötland prioriterar lika mycket den vård och behandling som inte ingår i kömiljarden. Det är viktigt att det är helheten som är i fokus d.v.s. även på de verksamheter som inte ingår i

kömiljarden. Det innebär att det inte finns någon koppling mellan producenternas ersättning och det statsbidrag som landstiget erhåller.

Kommunikation av resultat

Landstinget Östergötland var först ut i landet med en systematisk väntetidsupplysning och detta var i slutet på 1990-talet. Uppgifterna finns nu tillgängliga på landstingets hemsida.

Landstinget i Östergötland analyserar regelbundet väntetiderna på sjukhusen. Uppföljningen bygger på klinikernas registreringar i de patientadministrativa systemen. Uppföljningen avser både besöksväntetider, väntetider till vissa undersökningar och behandlingar. Väntetiderna följs i tre tidsperspektiv: Faktiska väntetider, väntande patienter och aktuellt väntetidsläge.

Faktiska väntetider innebär en tillbakablick var fjärde månad, d.v.s. visar hur länge de patienter som besökte sjukhusen under den senaste fyramånadersperioden hade väntat. Antalet *väntande patienter* stäms av varje månadsskifte. Dessa uppgifter visar hur lång tid patienterna hade väntat fram till avstämningsdatum. *Aktuellt väntetidsläge* visar hur lång tid nya patienter måste räkna med att vänta som längst. Många patienter tas emot snabbare än den tid som visas. Resultatet redovisas i den nationella väntetidsdatabasen.

I olika diagram och tabeller på hemsidan redovisas antalet väntande patienter på läkarbesök eller behandling för varje månad. På bilderna visas samtliga väntande patienter men det framgår även hur många patienter som har väntat mer än 60 dagar vilket är den tidsgräns som kömiljarden utgår från. I särskilda diagram och tabeller finns även information om hur långa de faktiska väntetiderna är för genomförda besök och behandlingar. Det är även här särredovisats hur många av dessa besök och behandlingar som genomförts där patienten väntat mer än 60 dagar vilket är en komponent i beräkningen av statsbidragstilldelningen i kömiljarden för 2013.

Politikerna i landstinget informeras återkommande hur tillgängligheten utvecklas i länet inom hela sjukvården. Något särskilt fokus på kömiljarden finns inte. Efter flera års hårt arbete kan Östergötland nu läsa av resultatet att de numera tillhör de bästa landstingen i landet när det gäller tillgänglighet i specificerad vård. Nu är den stora utmaningen att inte tappa detta.

Sidoeffekter

Ingen i Sverige kan svara på om vårdgarantin har medfört undanträngningar. Olika intressenter påstår detta men det saknas studier och analyser som beskriver hur

tillgängligheten var innan vårdgarantin infördes. Budskapet till verksamheterna har under flera år varit att prioritera patienter som väntat längst (kapa svansar) utan att detta sker på bekostnad av högprioriterade patienter.

5.5.4. Analys av scenario 5

Landstinget i Östergötlands ekonomiska resultat under kömiljardens prestationsersättningssystem har förändrats kraftigt mellan åren 2009-2012. Från att ha erhållit en relativt låg ersättning har landstinget under 2012 visat på tillgänglighetssiffror av svensk toppklass och erhåller det näst högsta statsbidraget per invånare i hela Sverige.

I intervjun med landstingets representant framgick det att de inte arbetat utifrån kömiljardens prestationskrav, utan att det är en bra tillgänglighet till vård som låg i centrum. Landstinget i Östergötland har dock anpassat sina egna mål efter kömiljardens kravbild där patienten ska behandlas inom 60 dagar. Denna kravbild testades först för den somatiska vården under 2011 och gäller hela verksamheten under 2012. Kravbilden finns tydligt kommunicerad ut i verksamheterna och detta bör enligt teorin påverkat landstingets positiva resultatutveckling under 2012. Landstinget i Östergötland har ett tydligt strukturerat uppföljningssystem, där lättöverskådlig statistik synliggörs och kommuniceras sedan ut i verksamheten. Informationen har även gjorts tillgänglig för alla genom landstingets hemsida. Det är en viktig framgångsfaktor enligt teorin att ett välfungerande system för uppföljning och att resultatet sedan diskuteras i verksamheten

Landstinget i Östergötland prioriterar all vård och framhåller att allt för stort fokus får läggas på tillgänglighetsarbetet. I landstingets årsredovisning för 2011 diskuteras problematiken med undanträngningseffekter och Östergötland visar uppmärksamhet inför att tillgänglighetsarbetet för med sig problematik för sjukvården. För att eventuella undanträngningseffekter ska minskas är det viktigt att eventuella lösningar diskuteras inom verksamheten.

Landstinget i Östergötland visade under kömiljardens första år på en relativt dålig resultatutveckling. Detta kan enligt studiens teoretiska grund berott på att landstinget hade relativt dåliga förutsättningar från början. Sämre förutsättningar vid en överenskommelses start kan innebära att startsträckan för att nå ett lyckat resultat kan bli relativt lång. Genom en långsiktig satsning, där prestationsmål tydligt kommunicerades ut i verksamheten och understärktes av ekonomiska satsningar mot ökad tillgänglighet har landstinget i Östergötland lyckats nå en kraftigt förbättrad resultatutveckling. Landstinget har under kömiljardens första

fyra år gått från att ha en relativt låg ersättning nationellt sett, till att de under 2012 erhöll näst mest ersättning i hela riket. Utvecklingen för landstinget i Östergötland stämde relativt väl med scenario 5 ur det hänseendet att landstinget arbetat tydligt med kömiljardens kravbild på att 70 % och 80 % av patienterna ska behandlas inom 60 dagar. Landstingets långsamma resultatutveckling under kömiljardens första år förklaras enligt scenario 5 av att Östergötland hade en längre startsträcka än andra landsting. Trots att Östergötland visade på relativt lågt resultat ur nationell synvinkel, fortsatte landstinget att arbeta mot överenskommelsens målbild. Enligt landstinget i Östergötlands styrdokument förändrade organisationen sin målbild utifrån kömiljardens prestationskrav, detta arbete blev enligt samma styrdokument ett tydligt mål för organisationen. I enighet med den situation som beskrivs i scenario 5 har organisationens långsiktiga och ihärdiga arbete resulterat i att de har gjort en anpassning till överenskommelsen enligt den situation som beskrivs i scenario 1.

6. Analys

I följande kapitel redovisas en heltäckande analys av studien. Analyskapitlet inleds med en övergripande analys av principal-agentteorins användning i studien. Därefter följer en analys utifrån hur de fem utvalda landstingens arbetsätt.

6.1. Inledande analys

Genomgången av landstingens ekonomiska resultat visade på kraftiga skillnader från år till år, både inom och mellan Sveriges 21 landsting. I grund och botten förklaras skillnaderna i resultat genom att varje individuellt landsting är nyttomaximerande och kommer därför att arbeta mot att uppfylla sin nytta. Denna nytta definieras genom varje landstings särprägling och varje landsting kommer därför att arbeta mot olika mål. Denna bild försvåras av landstingens ekonomiska förutsättningar. Ett rikare landsting bör i högre utsträckning kunna göra en ekonomisk satsning för att uppnå en specifik kravbild, medan ett ekonomisk svagare landsting bör ha mindre möjligheter att göra sådana satsningar.

Enligt principal-agentteorin finns ett antal grundläggande faktorer som en aktör ska uppfylla för att uppnå goda resultat i en överenskommelse. En av de viktigaste av dessa faktorer är att en organisation måste fatta ett beslut som sedan tydligt kommuniceras ut i verksamheterna. Det är av stor vikt för organisationens personal att veta vad de ska arbeta mot och hur detta ska ske. Det innebär även att det är av stor vikt att det finns en tydlig produktionsplan och målsättning för verksamheterna, utan en tydlig målsättning får verksamheten svårt att uttyda vad de ska uppnå. När principalens målbild befasts i hela agentens verksamhet, alltså på samtliga nivåer ifrån ledningen till markpersonalen, innebär detta att agenten anpassar sig efter överenskommelsen. En anpassning innebär kort och gott att agentens verksamhet formas utifrån överenskommelsens grunder, i studiens kontext innebär det ett långsiktigt arbete mot ökad tillgänglighet. När en agent istället inte tar beslut om arbetet gentemot en överenskommelse och därmed inte tydligt kommunicerar ut en målbild till verksamheten kommer arbetet enligt principal-agentteorin inte att lyckas. Anledningen till att en agent inte arbetar gentemot den givna överenskommelsen kan bero på att agenten prioriterar annat arbete först, alternativt saknar resurser för att stärka arbetet med överenskommelsen. Om ett beslut tas för att agenten ska arbeta mot överenskommelsen och en målbild inte tydligt kommuniceras ut i alla nivåer av verksamheten, kommer helhetsbilden av arbetet gå förlorat och verksamhetens prestationer kommer inte att motsvara överenskommelsens kravbild.

Kömiljardens prestationsersättningsmodellens tekniska uppbyggnad medför problematik för landstingen att förutspå vilken intäkt en ökad prestation ger. Detta beror på att ersättningen är

baserad på hur många andra landsting som klarar motsvarande prestation. Detta ger möjlighet för ett fåtal landsting att få ut en stor andel av ersättningen om övriga landsting inte klarar prestationerna under en given period. Det finns även en risk att ett landsting inte erhåller någon ersättning. Det är således en prestationsmodell med mycket osäkra förhållanden för agenterna (landsting). Detta kan innebära att även om ett landsting förbättrar sin tillgänglighet mot föregående år kan den faktiska ekonomiska ersättningen minska, då fler landsting delar på potten. Denna typ av prestationsersättning kan medföra svårigheter för landstingen med en lägre ersättning att identifiera de ekonomiska incitamenten för att förbättra tillgängligheten. Ersättningen påverkas extra mycket av hur utvecklingen av Sveriges tre befolkningsmässigt största landsting (Stockholm Läns Landsting, Västra Götalands Region och Region Skåne) ser ut. Skulle dessa tre landsting förbättra sina resultat, så att de blir berättigade ersättning för fler antal månader, kommer den potentiella ersättningen för de övriga landstingen att minska markant. Denna osäkerhet över vilken ersättning aktörerna eventuellt får erhålla kan enligt principal-agentteorin medföra motivationsbrist för agenterna att satsa mot att uppnå prestationskraven. Vissa landsting har fått stora förändringar i statsbidragstilldelningen mellan 2011 och 2012 trots att tillgängligheten har ökat. För Hallands minskade statsbidraget med 110 mnkr och för Kronoberg med 30 mnkr. Detta har inneburit att vid redovisning av landstingets resultat, nettokostnader och nettokostnadsökning m.m. måste detta hela tiden beaktas vilket försvårar den ekonomiska analysen mellan åren. Detta kan också vara ett pedagogiskt problem att förklara för politiker och verksamheterna.

I studiens teorikapitel klargjordes det att Perloff uppmanar principalen att erbjuda potentiella agenter olika kontraktstyper, för att sedan välja den agenten som väljer den kontraktstyp som bäst motsvarar principalens kravbild. I en överenskommelse mellan SKL och staten har principalen (staten) ingen möjlighet att välja ut specifika agenter, utan staten måste alltid arbeta med Sveriges 21 landsting i sjukvårdsfrågor. I studiens kontext presenterar staten istället en överenskommelse som inte på något sätt är bindande för landstingen. Dessa ges själva möjlighet att välja om de ska arbeta mot de mål som staten har satt. Staten (principalen) kan därigenom urskilja vilka landsting (agenter) som arbetar mot de uppsatta målen och därför "förtjänar" ersättning. Med Perloffs "glasögon" kan vi uttyda att staten belönar de landsting som antog överenskommelsen och bestraffar de som "väljer" att bortse från den med utebliven ersättning. Samtidigt plockar staten även fram goda exempel bland landstingen och ger de lägre presterande landstingen ett mål att sträva efter: "Se hur stora intäkter ni kan få om

ni presterar lika bra som landsting X”. Då alla resultat presenteras offentligt sätts en form av skämsstämpel på de landsting som presterar sämst. Efter kontakt med landstingen har vi uppfattat att de inte tycker att det är smickrande att ligga lågt bland resultatutfallen och att det är något man gärna arbetar med att undvika.

Enligt principal-agentteorin finns det möjligheter inom ersättningsmodellens gränser för landstingen (agenterna) att göra anpassningar respektive tillpassningar av organisationen utifrån statens (principalen) förutsättningar. En eventuell möjlighet till en ökad anpassning för landstingen att erhålla mer statsbidrag kan ske utifrån statens ökade statsbidrag för 80 procentnivån under 2013. En god tillgänglighet under sommarmånaderna juli och augusti kan innebära ett stort tillskott av statsbidrag. Detta beror på att färre landsting vanligtvis uppnår prestationskraven under sommarmånaderna. Bäst förutsättningar att göra en anpassning av organisationen för detta ändamål att ”taktiskt” få mer statsbidrag har de landsting som har bra möjligheter att få ökad bemanning av kvalificerad personal under semesterperioden. Detta har exempelvis Region Gotland tagit vara på genom riktade satsningar under sommarmånaderna, vilket resulterat i att de vid vissa tillfällen ensamt tagit hand om hela månadspotten. Under 2012 kom exempelvis ungefär 50 % av Region Gotlands totala statsbidrag från augusti månad. En annan potentiell anpassning av organisationen är att under våren göra specifika satsningar och minska köerna så att det finns marginaler när sommaren inträffar. Ett sådant alternativ skulle kunna vara att bemanna fler timmar på dygnet. Även detta förutsätter bra möjligheter att få tillgång till kvalificerad personal. Det underlättar givetvis i båda ovan fallen om landstinget är känt som en bra arbetsgivare av personalgrupperna. Ett annat alternativ är att öka volymen för köpt vård från privata aktörer alternativt andra landsting. För att kunna utföra dessa potentiella aktioner för anpassning mot överenskommelsen förutsätter att det finns en god ekonomi inom landstinget då kostnaderna alltid kommer före intäkterna. Exempelvis har Region Halland gjort stora satsningar på köpt vård för att öka tillgängligheten och därmed erhålla ett större statsbidrag. Detta har under kömiljardens första år visat sig vara ett effektivt sätt för Halland att förbättra tillgängligheten. Skulle dock ersättningen från kömiljarden kraftigt minska genom att fler landsting når prestationsmålet kan detta få konsekvenser för ekonomin, vilket kan påverka patienttillgängligheten. Det finns en risk att Region Halland endast har anpassat sig till det ersättningsystem som staten erbjuder och ännu inte har genomfört den omvälvande organisationella förändring som beskrevs i scenario 1.

I den prestationsersättningsmodell som infördes år 2009 genom kömiljarden var det möjligt för landstingen att göra en tillpassning. Detta kunde ske genom att patienter plockades bort från köerna om de accepterade en längre väntetid än 90 dagar. Dessa patienter hamnade i en grupp som definierades som frivilligt väntande och exkluderades därmed från statistiken gällande antalet väntande i landstingen. Med en aktiv arbetsinsats att identifiera dessa patienter fanns möjligheten för landstingen att tillfälligt plocka bort dem från väntelistan för att sedan plockas in dem igen. En sådan tillpassning innebär att landstingen taktiskt kunde lyfta bort vissa patienter för att förbättra tillgänglighetssiffrorna och nå prestationskraven. Möjligheten för denna tillpassning ”stängdes” efter april 2010 då förutsättningarna ändrades. Detta bidrog då till en större spridning i mätningarna för statsbidraget. Inom ramen för den här studien är det omöjligt att säga om något av Sveriges landsting använde sig av ett sådant tillvägagångssätt. Det enda som vi kan säga är att möjligheten för landstingen att utföra en sådan tillpassning existerade under en kortare tid.

6.2. Analys utifrån de valda landstingen

För att kunna erhålla ett lyckat resultat i en prestationsersättningsmodell enligt principal-agentteorin är det viktigt att det finns ett tydligt beslut i organisationen. Det är då en förutsättning att verksamheterna anpassar arbetssättet för att klara prestationskravet. En lyckad anpassning av en överenskommelse innebär goda förutsättningar att uppnå ett bra resultat. Gotland som redovisar bäst resultat under 2012 hade redan 2009 en målsättning enligt fullmäktiges budgetförslag enligt vårdgarantin. När det beslutades om kömiljarden var organisationen förberedd, men det var på tjänstemannanivå som arbetet med kömiljarden beslutades. Nu har Gotland som mål att förbättra tillgängligheten vilket är en hög ambition då de redan har en hög tillgänglighetsnivå jämfört med övriga landsting. Motsvarande förutsättningar fanns i Halland 2009. Här tog även fullmäktige ett beslut som var högre än kömiljardens första krav då målsättningen var att 100 procent av patienterna skulle få vård inom 90 dagar. Även tillgänglighet och följsamhet till den nationella kömiljarden fanns uttryckt i budgetdokumentet. I Skåne och Östergötland har även tillgängligheten varit ett politiskt prioriterat mål och målsättningen har under åren flyttats från den lagstadgade nivån på 90 dagar till kömiljardens mål utifrån 60 dagar. Det är endast Sörmland som inte har ändrat den politiska målbilden för tillgängligheten under tiden 2009-2012. Här är det fortfarande det politiska målet att vårdgarantins 90 dagar ska uppnås. En viktig komponent i tillgänglighetsarbetet är hur landstingen har hanterat möjligheten att köpa vård från andra vårdaktörer för att minska köerna. Fullmäktige i Halland beslutade i budget 2009 att

hallänningarna skulle ha valfrihet att välja vårdgivare utanför den egna verksamheten. Östergötland och Skåne har också till delar gett patienter möjlighet att välja annan vårdgivare. Sörmland har endast sporadiskt köpt vård. Gotland har under 2009-2012 köpt vård för att klara tillgängligheten men har haft ett politiskt mål i fullmäktiges budget att kostnaderna ska minska.

Studien visar att principal-agentteorin stämmer väl överens med tre av landstingens resultatutfall för 2012 när det gäller anpassning av organisationen. Det är Gotland, Östergötland och Halland som har höga statsbidragsintäkter. Östergötland redovisade för första gången stora statsbidragsintäkter 2012 efter flera år på lägre nivåer. Teorin stämmer också med Sörmland som inte tagit beslut om nya målsättningar och därmed inte flyttat fokus till kömiljardens nivå vilket inneburit klart lägre statsbidragsintäkter de två år som denna nivå har funnits. Enligt teorin borde Skåne ha ett bättre resultat. Skåne har tagit beslut och haft en genomarbetad process för arbetet med tillgängligheten. Kanske kan Skåne ha en nackdel av dess storlek. Regionen har under årens lopp lyft fram att deras arbete är på sikt och detta kanske börjar ge resultat under 2013 då Skåne har uppnått fler ersättningsgränser än tidigare år. De politiska beslut och inriktningar som tagits avseende köp av vård från andra aktörer har fått genomslag. Halland har framgångsrikt minskat sina köer utifrån den politiska inriktningen. Den beslutade politiska inriktningen i Gotland att minska nivån på köpt vård börjar ge resultat under 2013 då regionen beräknar köpa mycket mindre vård. Halland redovisar att på grund av sina kortare köer väljer fler patienter att få sin vård inom regionen. Inget landsting redovisar att politiska majoritetsbyten skulle påverkat arbetet med kömiljarden. Enligt teorin skulle ett politiskt majoritetsbyte kunna förklara plötsliga förändringar av ett landstings resultatutfall.

Det är inget landsting som tagit fram något eget informationsmaterial. Samtliga fem landsting har haft processer för att informera om kömiljarden och till stora delar använt det material som SKL har tagit fram. Samtliga har haft regelbundna träffar med nätverk inom organisationen och andra grupperingar. Det finns i arbetet nyckelpersoner som varit med och jobbat med vårdgarantin i flera år. Det har inte varit någon större omsättning på dessa personer. Gotland redovisar att person som arbetat med tillgänglighetsarbetet har fått en tjänst i ledningsgruppen vilket inneburit att denna grupp tillförts kompetens om det praktiska vårdgarantiarbetet. De är den huvudman som mest betonar hur viktigt det är med dialog i arbetet. Skåne kan ha en nackdel i sin storlek men redovisar en genomtänkt

informationsstrategi. Det är inget landsting som har haft något speciell kompetensutveckling för personalen.

Betydelsen av att ett beslut tas och att en målbild tydligt kommuniceras ut i verksamheten är enligt teorin instrumentell för att styrningen ska få effekt. Det är viktigt att personalen är informerade om kömiljarden och arbetet med vårdgarantin. Enligt de uppföljningar som Socialstyrelsen har genomfört har de konstaterat att de anser att personalen är underinformerad. Samtliga landsting har betonat informationen i första hand för den personal som arbetar mest med tillgängligheten. Aktiviteter till övrig personal är inte lika vanlig. Troligtvis har Gotland en fördel i detta arbete då arbetet sker i en mindre organisation.

För att arbetet med kömiljarden ska bli effektivt måste det finnas en tydlig relation mellan fullmäktige och de vårdproducenter som ska prestera prestationerna. Två av landstingen, Skåne och Halland, hade redan 2009 när kömiljarden beslutades prestationsersättningar enligt bl.a. DRG. Östergötland har haft en målrelaterad ersättningsmodell sedan 2009 och har fortsatt med den. Sörmland och Gotland har en målstyrning i den egna organisationen. Skåne är det landsting som tydligast redovisar att det finns en incitamentsmodell kopplad till kömiljarden. Det är en tydlig modell som är politiskt beslutad. Region Halland har till och från gett extra ersättningar till sjukhusen när olika kömiljardsmål uppnåtts. I Sörmland ska verksamheterna kunna få del av statsbidragsintäkterna men det har ännu inte blivit en aktuell fråga. I Östergötland finns det ingen koppling i verksamheten till vilka statsbidragsintäkter som erhålls men landstinget har interna mål motsvarande kömiljardens nivåer.

Enligt teorin borde de landsting som redan hade prestationsrelaterade modeller ha en fördel mot övriga aktörer. Dessa huvudmän borde ha skapat rutiner och beteende utifrån en prestationsrelaterad modell. Denna eventuella fördel utnyttjades inte från start 2009 då verksamheterna inte såg någon koppling mellan statsbidragsintäkterna och den egna ersättningen till verksamheten. Detta förklaras troligen till stora delar av modellen för kömiljarden. Det är svårt att bedöma vilka intäkter som kan erhållas då resultaten är beroende av hur de andra landstingen presterar. Då Skåne beslutade om en tydlig modell i augusti 2010 bör detta enligt teorin innebära större möjligheter att öka statsbidragsintäkterna. Detta har ännu inte fått effekt men det finns vissa indikatorer att beloppen kommer att bli högre 2013. Gotland har ingen koppling till några extra ersättningar. De redovisar dock en modell där de särredovisar extra kostnader för kömiljarden som är en accepterad avvikelsepost vid bokslutsgenomgångar.

Det finns inget landsting som tar fram några särskilda utvärderingsprodukter över kömiljarden. Vanligtvis sker redovisningen i årsredovisningar, delårsrapporter och månadsrapporter. Det sker även regelbundna muntliga informationstillfällen med ledningen. Flera landsting redovisar även att det finns information på hemsidan. I årsredovisningarna lyfts arbetet med kömiljarden fram från och till i de inledande avsnitten där styrelseordförande eller landstingsdirektören kommenterar året. Ibland kommenteras och tackas även personalen.

Det finns ett viktigt värde när ledande politiker och tjänsteman uppmärksammar det arbete som pågår med kömiljarden. Det ger en signal till alla anställda inom vården samt speciellt till de personer som arbetar med tillgängligheten. Dessa kommentarer finns i samtliga fem landsting men är vanligare förekommande i Halland, Skåne och Östergötland. I Gotland har detta uppmärksammats på senare år.

Kömiljarden har fokus på att få en bättre tillgänglighet till förstabesök inom specialistvården och de behandlingar och operationer som sker efter detta besök. Det har då kommit upp en diskussion om det kan uppstå sidoeffekter för andra patienter som inte berörs av kömiljardens incitament. Om det i något landsting konstateras eller misstänks att det sker undanträngningseffekter kan detta få negativa effekter för kömiljardsarbetet. I de fyra landsting som får betydande belopp från kömiljarden finns denna diskussion men det har inte konstaterat några särskilda fall av undanträngningseffekter. I Sörmland har inte denna diskussion varit lika omfattande då kömiljardens målgränser endast uppnåtts sporadiskt. Revisorerna har i Skåne och Halland genomfört granskningar om det förekommer undanträngningar och därmed har denna fråga varit aktuell i dessa regioner. I Gotland framkom misstankar att det kunde finnas undanträngningseffekter inom en verksamhet och därför gjordes en utredning om detta.

De landsting som har aktiviteter som berör undanträngningseffekter visar att det finns en agenda att arbeta med dessa frågor. Enligt teorin är det viktigt att det finns rutiner för att hantera tveksamheter som kan uppkomma i en prestationsrelaterad ersättningsmodell. Detta kan ha gynnat arbetet i Halland, Gotland och Skåne.

7. Reflektioner och Slutsats

I följande kapitel presenteras studiens resultat. Uppsatsens frågeställningar kommer att diskuteras och besvaras. Avslutningsvis behandlas ett avsnitt om vidare forskning.

I följande stycken besvaras studiens två underliggande frågeställningar om det finns stora skillnader i statsbidragens belopp till landstingen och på vilket sätt överenskommelsen har påverkat vårdutbudet. Vår undersökning visar att det är en stor skillnad på vilka belopp som Sveriges olika landsting och regioner får från kömiljarden. År 2012 var spridningen från 0 kronor till 545 kronor per invånare. Den genomsnittliga ersättningen per invånare i samtliga landsting var 104 kr. Det landsting som fick högst belopp erhöll 191 mnkr. Den prestationsbaserade ersättningen, via överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2009, infördes bl.a. för att det var stora skillnader i väntetider mellan landstingen i riket. Efter 2012 års resultat kan det konstateras att det fortfarande är stora skillnader i tillgängligheten mellan landstingen. Utdelningen av statsbidragen har de senaste åren, när mätningar skett månadsvis, fått en större spridning. Spridningen i statsbidraget har blivit större vilket innebär att förutsättningarna har blivit ekonomiskt bättre för de landsting med bra tillgänglighet, medan de landsting som hade sämst tillgänglighet har fått ett sämre ekonomiskt resultat av statsbidragen och därmed mindre eget kapital att satsa på tillgängligheten de kommande åren. Denna förutsättning ligger inte i linje med målsättningen med överenskommelsen om att tillgängligheten skulle utjämnas över landet. Det ligger heller inte i linje med texten i hälso- och sjukvårdslagen som anger att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för befolkningen. Efter tre månaders utfall för 2013 kan det konstateras att skillnaden i tillgänglighet kvarstår trots att fler landsting når bättre siffror, då ett antal landsting fortfarande ligger under ersättningsnivåerna. I överenskommelsen för 2013 finns en tydlig satsning på att tilldela mer statsbidrag till de landsting som är mest framgångsrika. De historiska siffrorna ger en indikation på att det är en trolig utveckling att spridningen ökar ännu mer mellan landstingen 2013, då statsbidragsbeloppen ökar för de landsting som uppnår 80-procentnivån. För 2013 har potten för statsbidraget per månad för 80-procent nivån ökat med 47 procent jämfört med 2012.

I uppsatsen har Sveriges samtliga landsting/regioner indelats i fem olika grupper beroende på vilka resultatförändringar som dessa har fått under perioden 2009-2012 för kömiljarden. Med hjälp av principal-agentteorin har dessa kategoriserats till olika utfallsscenarioer. Dessa utfallsscenarioer har sin grund i olika tänkta utfallskurvor. Dessa fem scenarioer är:

- Scenario 1: Ett arbetssätt som ger en positiv resultatutveckling.
- Scenario 2: Ett arbetssätt som ger en negativ resultatutveckling.
- Scenario 3: Ett arbetssätt som ger en jämn resultatutveckling över tiden.
- Scenario 4: Ett arbetssätt som ger varierande statsbidrag över tiden och har en negativ resultatutveckling 2012.
- Scenario 5: Ett arbetssätt som ger varierande statsbidrag över tiden och har en positiv resultatutveckling 2012.

Scenarierna har varit till hjälp i vårt arbete att analysera de skillnader som finns i statsbidragstilldelningen för åren 2009-2012 i olika landsting och regioner. Fördelen med de olika scenarierna är att vi har kunnat välja ett av de landsting som finns i varje grupp för att göra en fördjupad analys. Bedömningen är att scenarierna har för studien fungerat i fyra av de fem analyserade landstingen. De scenarier som fungerade bäst var scenario 1 och 2. Det kan tänkas bero på att dessa två scenarier representerar två ytterligheter i arbetet utifrån följsamhet till ett framgångsrikt prestationsarbete enligt teorin. I scenario 3, där Skåne har undersökts, finns beteenden och hantering som bättre överensstämmer med scenario 1. Skåne är en region som har haft en jämn låg nivå på statsbidragen över fyraårsperioden. Om vi istället hade valt ett landsting med en jämn nivå över genomsnittsansättningen i Sverige hade vi kanske fått en bättre samstämmighet med scenariot. Det hade kanske varit bra att haft två olika scenarier beroende på om landstinget ligger på en hög eller låg nivå jämn nivå. Vid analys av utfallet för scenario 4 konstaterades att denna resultatkurva berodde på överenskommelsens uppbyggnad med ersättning utifrån invånaruppgifter för de landsting som uppnår resultatmålen. Ett annat landsting som visade på en resultatutveckling enligt scenario 4 hade kanske givit en annan bild. Scenario 5 stämde mer överens i vårt fall, det utvalda landstinget visade på en anpassning av arbetet mot överenskommelsen. De förändrade resultaten för landstinget under överenskommelsens år verkar bero på en långsiktighet i arbetet. Ett alternativ för framtida urval av landsting skulle kunna vara att även skilja på olika scenarier beroende på om landstingen har haft statsbidrag på nivåer över den genomsnittliga ersättningen respektive landsting som har haft nivåer under den genomsnittliga ersättningen. I våra scenarier har vi endast utgått från resultatutvecklingen under tiden 2009-2012 och inte vilka nivåer av statsbidraget landstingen uppnår.

Enligt kontakterna med de fem landstingen kan det konstateras att samtliga landsting utom ett har anpassat sin organisation för vård till den ambitionsnivå som finns i kömiljarden, vilket är en högre ambitionsnivå än det lagstadgade kravet. Det innebär att överenskommelsen har påverkat vårdutbudet för dessa landsting. Ett hinder för att förverkliga kömiljarden är att det uppstår vakanser av personal inom verksamheten. I studien har inte detta lyfts fram som ett

större hinder men det finns vissa specialiteter som det är svårt att rekrytera personal till. Kömiljardens intentioner har även inneburit att sjukvårdshuvudmännen erbjudit patienterna vård hos vårdgivare utanför den egna organisationen. Detta har påverkat vilket utbud som har erbjudits till invånarna.

För att återknyta till studiens huvudfråga: *Kan principal-agentteorin förklara landstingens resultatutveckling för erhållna statsbidragsbelopp från överenskommelsen för tillgänglighet i vården?* För att svara på frågan behöver vi redogöra hur principal-agentteorin fungerar som verktyg för att förklara förhållandet inom en överenskommelse. Överenskommelser mellan staten och SKL är en relativt ny styrform och har inte, i vår vetenskap, använts för att förklara detta förhållande tidigare. Anledningen till att principal-agentteorin är intressant för studien är dess förklarande och normerande egenskaper. Teorin beskriver alltså de underliggande egenskaperna till en viss utveckling och beskriver samtidigt hur aktörerna bör agera för att nå ett lyckat resultat. Överenskommelserna mellan staten och SKL skiljer sig på ett par sätt från de vanliga kontraktsförhållandena som principal-agentteorin brukar hantera. För det första är överenskommelsen helt frivillig för agenterna (landstingen) att utföra, det finns inga egentliga krav på dem att arbeta efter de mål som staten sätter utan bara ekonomiska incitament. I ett traditionellt principal-agentförhållande har oftast principalen möjlighet att kräva att agenten utför en viss aktion inom en viss tid. För det andra har principalen (staten), inom överenskommelsernas ramverk, ingen möjlighet att välja sina agenter. Detta innebär främst att staten förlorar ett viktigt verktyg som en principal vanligtvis har, d.v.s. möjligheten att kräva att något ska bli gjort. Detta kompenseras främst genom att landstingens resultat rapporteras in månadsvis och görs offentliga samt att socialstyrelsen har ett utvärderingsansvar. Få landsting vill visa upp negativa resultat offentligt och dåliga resultat kan skapa ytterligare krav från allmänheten att förbättra situationen.

Eftersom statens (principalens) aktioner är svåra att hantera utifrån principal-agentteorin har studiens fokus hamnat på landstingen (agenterna). I studien presenterades ett antal scenarion som hanterade olika potentiella resultatutvecklingar utifrån principal-agentteorin. Dessa scenarier byggdes upp genom teoretiskt belagd information om vilken typ av agerande från agenten som kan leda till en viss utveckling, därför hanterades främst agentens grundförutsättningar i studien. Som beskrivet tidigare i kapitlet fungerade scenarierna som analysverktyg för att tyda varför en agent uppnått ett visst resultat. Självklart täcker inte principal-agentteorin alla potentiella påverkansfaktorer som kan påverka landstingens resultat. Däremot lyckas principal-agentteorin att visa på flera viktiga faktorer som en agent bör uppnå

för att nå ett gott resultat. Dessa egenskaper gör att principal-agentteorin bör kunna användas som analysverktyg för den här typen av överenskommelser.

Genom teorins användning i studien framgick det att betydelsen av att organisationen tagit ett tydligt och välgrundat beslut utifrån överenskommelsens kravbild och att denna sedan förmedlas ut till alla verksamhetsnivåer. Landsting som hade genomfört detta visade i vår studie oftast på ett gott resultat. Dock framkom ett problemlandsting. Landstinget i scenario 3 hade enligt vår empiriska undersökning gjort en anpassning av överenskommelsens ramverk i sitt arbete mot en ökad tillgänglighet. Enligt teorin borde detta landsting visat på ett bättre resultat. Som vi tidigare nämnt har alla landsting olika grundläggande förutsättningar för hur snabbt en anpassning kan ge effekt. Även om arbetet inom landstinget är anpassat efter överenskommelsens ramverk kan andra faktorer som exempelvis landstingens storlek och ekonomi påverka organisationens förändringstakt. Om landstinget i scenario 3 fortsätter sitt arbete som tidigare bör detta, inom ramen för studiens teoretiska bas, innebära en positiv förändring av resultaten i framtiden. Även om resultatet för närvarande inte stämmer överens med den bild som de borde ha enligt teorin, så kan vi inte inom ramen för den här studien avfärda teorin för det här specifika fallet. Framtiden får visa om landstingets ihärdiga arbete mot en ökad tillgänglighet ger den effekt som teorin föreskriver. På samma sätt som teorin hjälpte oss att förklara varför vissa landsting lyckas kunde vi förstå varför vissa landsting visat på en negativ resultatutveckling inom kömiljarden. Enligt studiens teoretiska ramverk hade dessa landsting inte tagit ett tydligt beslut om överenskommelsens kravbild och därmed inte grundat sitt arbete mot principalens mål. Med andra ord fungerade principal-agentteorin och de i teorin grundade scenarierna som verktyg för att delvis förklara och uttyda varför resultatutvecklingen har förefallit som den gjort.

Det kan finnas svårigheter att utifrån studiens fem landsting generalisera resultatet till övriga landsting i respektive scenariogrupp. Detta beror på att det i grupperna finns både landsting som erhåller höga respektive låga statsbidrag per invånare. Vår studie har fokuserats på resultatutvecklingen under tiden 2009-2012 för de landsting som utvalts. Det resultat som vi kan generalisera är att om landstingen i respektive scenario har haft en liknande process som de landsting vi valt ut, borde resultatutvecklingen påverkas på motsvarande sätt.

Självklart greppar inte principal-agentteorin alla potentiella faktorer och arbetssätt som eventuellt kan påverka landstingens resultatutveckling inom en sådan här typ av överenskommelse. En sådan typ av undersökning var inte heller inte målet med studien.

Däremot har användningen av principal-agentteorin givit goda indikatorer på varför vissa landsting lyckas bättre än andra inom statens nya prestationsbaserade system. Med andra ord har vår studie visat att principal-agentteorin är ett behjälpligt verktyg för att förklara landstingens varierade resultat. En fortsatt utveckling och anpassning av teorin inom ramen för den här typen av frivilligt prestationsbaserat ersättningssystem mellan stat och landsting kan göra teorin till ett användbart verktyg för att analysera den här typen av förhållanden.

Slutligen kan vi konstatera att staten har påverkat landstingens styrning av hälso- och sjukvård. Under den fyraårs period som kömiljarden har funnits har tillgängligheten till vård inom Sverige blivit bättre generellt. Vår studie visar att det i fyra av fem landsting finns en stor följsamhet till de prestationsmål för tillgänglighet som staten och SKL har kommit överens om i överenskommelsen ”Insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård (Kömiljarden)”.

7.1. Vidare forskning

Under studiens tidsgång har det konstaterats att det i studiens urval finns fyra landsting som samtliga har en landstingsskatt under snittet i riket. Detta kan ha påverkat resultatet. För att göra en mer heltäckande studie bör urval även ske av landsting som har skattesats över snittet i riket. I studiens resultat framgår att det inte finns ett 100 procentigt samband mellan låg skattesats och bra tillgänglighet då ett landsting med en låg utdebitering har en av de lägsta tillgänglighetssiffrorna i landet. När det gäller soliditeten som är betalningsförmågan på längre sikt redovisar även här fyra landsting en soliditet som är högre än rikssnittet. Den huvudman som avviker med en soliditet långt under genomsnittet redovisar tillgänglighetssiffror något under rikssnittet. Vid en ny studie bör fler landsting finnas med som har en soliditet under genomsnittet i Sverige. Med andra ord bör landstingens ekonomiska förutsättningar påverka urvalet i större omfattning för att få en bredare bild.

Eftersom det inte inom studiens har ingått att analysera de interna ersättningsmodellerna kan Skånes resurser i vården vara på en lägre nivå än i övriga landsting. Detta kan vara en ytterligare faktor att tänka på vid en djupare analys av fenomenet överenskommelser.

Enligt tidigare beskrivning i slutsatserna kan det vara lämpligt att arbeta med fler scenarier i en framtida studie. Vi valde att gruppera helt utifrån resultatkurvan för landstingen oavsett beloppsstorleken på statsbidraget. För att kunna få en mer heltäckande studie bör kanske dessa landsting urskiljas till egna scenarier. Exempelvis bör de landsting med en positiv resultatutveckling med lågt belopp per invånare särskiljas från de landsting med en positiv

resultatutveckling med ett högt belopp per invånare. En studie med fler scenarier är en grund till att göra en totalundersökning där samtliga landsting ingår.

8. Referenslista

8.1 Tryckta källor

Alvesson Mats och Sköldbäck Kaj (2008) *Tolkning och reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*, 2nd ed. Danmark: Studentlitteratur.

Anell Anders (2009) *Hälsoekonomi*, Lund: Studentlitteratur

Axelsson Roger, Holmlund Bertil, Jacobson Roger, Löfgren Karl-Gustaf, Puu Tönu (1998) *Mikroekonomi*, 2nd ed., Lund: Studentlitteratur

Berlin Johan och Kastberg Gustaf (2011) *Styrning av hälso- och sjukvård*, Malmö: Liber

Brorström Björn, Hallin Bo, Kastberg Gustaf (2000) *Barnmorskan, patienten och pengarna: Effekter av förändrad styrning inom mödrahälsovården*. Göteborg: Göteborgs Universitet

Broström Björn, Haglund Anders, Solli Rolf (2005) *Förvaltningsekonomi*, Lund: Studentlitteratur

Broström Björn, Lindvall Staffan, Solli Rolf (2007) *Ledande för produktivitet – En rapport från projektet "Mer nytta för pengarna"*, Stockholm; Sveriges Kommuner och Landsting.
Utgivningsdag: 2007-07-09

Bryman Alan (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. 2nd ed. Malmö: Liber

Bryman Alan (2012) *Social research methods*, 4th ed. Oxford: Oxford University press

Byrkjeflot Haldor, Neby Simon, (2008) *The end of the decentralised model of healthcare governance?: Comparing developments in the Scandinavian hospital sectors*. Journal of Health Organization and Management: Vol. 22 Issue. 4, s.331-349

Calltorp Johan (2008) *Ersättningssystem inom hälso- och sjukvården – En kunskapsöversikt baserad på internationella erfarenheter*. SKL: Stockholm. Utgivningsdatum 2008-04-30.

Esaiasson Peter, Gilljam Mikael, Oscarsson Henrik och Wängnerud Lena (2007) *Metodpraktikan: Konsten att studera samhälle, individ och marknad*, 3rd ed. Stockholm: Nordstedts Juridik

Fredriksson Mio, Winblad Ulrika (2008) *Consequences of a decentralized healthcare governance model: Measuring regional authority support for patient choice in Sweden*. July 2008, Pages 271–279

Hallin Bo, Siverbo Sven (2003) *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*, Lund: Studentlitteratur

Hartman, Laura, (2011) *Konkurrensens konsekvenser*, Stockholm: SNS Förlag

Hultkrantz Lars, Nilsson Jan-Eric (2004) *Samhällsekonomisk analys: En introduktion till mikroekonomi*, 2nd ed. Stockholm: SNS Förlag

Lane Jan-Erik (2005) *Public administration and public management: The principal-agent perspective*, New York: Routledge

May Tim (2001). *Samhällsvetenskaplig forskning*, Lund: Studentlitteratur

Molander Per, Nilsson Jan-Eric, Schick Allen (2002) *Vem styr?: Relationen mellan regeringskansliet och myndigheterna*, Stockholm: SNS förlag

Perloff Jeffrey M. (2008) *Microeconomics: Theory and applications with calculus*, Boston: Pearson Education.

Region Halland (2012) *Mål och budget 2013 och ekonomisk plan 2014-2015*. Antagen av Hallands Regionfullmäktige 20 juni 2012

Ryan Richard M. Deci Edward L. (2000) *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being*. American Psychologist: January 2000 vol. 55 nr. 1. S. 68-78

Saltman Richard B., Vrangbaek Karsten, Lehto Juhani, Winblad Ulrika (2012) *Consolidating National Authority In Nordic Health Systems*. Eurohealth: vol 18 number 3 2012, s. 21-24

Socialstyrelsen (2012) *Vårdgaranti och Kömiljard – Uppföljning 2009-2011*, Stockholm: Socialstyrelsen. Artikelnr: 2012-5-16

Socialstyrelsen (2013) *Vårdgaranti och Kömiljard – Uppföljning 2012*, Stockholm: Socialstyrelsen. Artikelnr: 2013-5-30

Statskontoret (2011) *Tänk efter före – Om viss styrning av kommuner och landsting*, Stockholm: Statskontoret. Publikationsnr: 2011:22

Tababat-Khani Caroline (2013) *Money Talks?: Utvärdering av den målrelaterade ersättningsmodellen i Region Skåne 2009-2013*. Region Skåne. Utgiven: Januari 2013

Vahlne Westerhäll Lotta, Thorpenberg Stefan, Jonasson Magnus (2009) *Läkarintyget i sjukförsäkringsprocessen: Styrning, Legitimitet och Bevisning*. Stockholm: Santérus Förlag

Vedung Evert (2009) *Utvärdering i politik och förvaltning*, 3rd ed. Lund: Studentlitteratur

Weick Karl E. (1995) *Sensemaking in organizations*. London: SAGE Publications

Yin Robert K. (2007) *Fallstudier: design och genomförande*, Malmö: Liber

Yin Robert K. (2009) *Case Study Research: Design and methods*, 4th ed. London: Sage

8.2 Internetkällor

Internetkälla 1. – Sveriges kommuner och landsting

http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/overenskommelser

(avläst 2013-04-03)

Internetkälla 2. – Sveriges kommuner och landsting: Kömiljarden

http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/tillganglighet-i-varden/information-om-overenskommelse

(avläst 2013-04-03)

Internetkälla 3. – Brorström Björn, Hallin Bo, Kastberg Gustaf (2000). *Anpassning och Tillpassning: En studie av förändrad styrning och effektivitet inom hälso- och sjukvården*

http://www.som.gu.se/digitalAssets/1294/1294237_22.pdf

(avläst 2013-04-03)

Internetkälla 4 – Sveriges kommuner och landsting: Kömiljarden 2009

http://www.skl.se/om_skl/styrelse_och_beredningar_1/styrelshandlingar/styrelsens_beslut/2007_-_2009

Avtalet nås via: 2008 16 Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti (2008-12-12)

(avläst 2013-04-03)

Internetkälla 5 – Sveriges kommuner och landsting: Kömiljarden 2010

http://www.skl.se/om_skl/styrelse_och_beredningar_1/styrelshandlingar/styrelsens_beslut/2007_-_2009

Avtalet nås via: 2009: 15 Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti (2009-12-11)

(avläst 2013-04-03)

Internetkälla 6 – Sveriges kommuner och landsting: Kömiljarden 2011

http://www.skl.se/om_skl/styrelse_och_beredningar_1/styrelshandlingar/styrelsens_beslut/2010_9

Avtalet nås via: 2010: 15 2011 års överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård (2010-12-17)

(avläst 2013-04-03)

Internetkälla 7 – Sveriges kommuner och landsting: Kömiljarden 2012

http://www.skl.se/om_skl/styrelse_och_beredningar_1/styrelshandlingar/styrelsens_beslut/2011_5

Avtalet nås via: 17 2012 års överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvården. (2011-12-16)

(avläst 2013-04-03)

Internetkälla 8 – Sveriges kommuner och landsting: Kömiljarden 2013

http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=51ace844-b009-48a9-963e-0784da4ce92e&FileName=Undertecknad+%C3%96K+f%C3%B6rb%C3%A4ttra+patienters+tillg%C3%A4nglighet+till+h%C3%A4lsa+och+sjukv%C3%A5rd+K%C3%B6miljard+2013.pdf

(avläst 2013-04-03)

Internetkälla 9 – Sveriges kommuner och landsting: Vantetider.se
<http://www.vantetider.se/se-vantetider/sammanstallningar/koemiljarduppfoljning-1>
(avläst 2013-05-15)

Internetkälla 10 – Region Gotland: Årsredovisning 2012
<http://www.gotland.se/70687>
(avläst 2013-05-15)

Internetkälla 11 – Region Gotland: Strategisk plan och budget för 2009-2011
<http://www.gotland.se/41920>
(avläst 2013-05-16)

Internetkälla 12 – Region Gotland: Strategisk plan och budget för 2012-2014
<http://www.gotland.se/61097>
(avläst 2013-05-16)

Internetkälla 13 – Region Gotland: Årsredovisning 2011
<http://www.gotland.se/63039>
(avläst 2013-05-16)

Internetkälla 14: Statistiska centralbyrån: Befolkningsmängd 2012
http://www.scb.se/Pages/TableAndChart_159277.aspx
(avläst 2012-05-17)

Internetkälla 15 – Landstinget Sörmland: Politiska ledningen
<http://www.landstingetsormland.se/Sa-styrs-landstinget/Demokrati-politik/Landstingsfullmaktige/>
(avläst 2013-05-17)

Internetkälla 16 – Landstinget Sörmland: Mål och budget 2012
<http://www.landstingetsormland.se/Sa-styrs-landstinget/Budgetmal/20121/>
(avläst 2013-05-17)

Internetkälla 17 – Landstinget Sörmland: Årsredovisning 2012
<http://www.landstingetsormland.se/PageFiles/37128/%C2%A7%2041%20Landstingets%20C3%A5rsredovisning%202012%20.pdf>
(avläst 2013-05-17)

Internetkälla 18 – Landstinget Sörmland: Årsredovisning 2010
<http://www.landstingetsormland.se/PageFiles/17309/%C2%A7%2027%20C3%85rsredovisning%202010.pdf>
(avläst 2013-05-17)

Internetkälla 19 – Landstinget Sörmland: Årsredovisning 2009

<http://www.landstingetsormland.se/PageFiles/4798/%C2%A7%2043%20%C3%85rsredovisning%20009.pdf>

(avläst 2013-05-17)

Internetkälla 20 – Landstinget Sörmland: Årsredovisning 2011

<http://www.landstingetsormland.se/PageFiles/33330/%C3%85rsredovisning%202011%2C%20Landstinget%20S%C3%B6rmland.pdf>

(avläst 2013-05-17)

Internetkälla 21 – Landstinget Sörmland: Budget och 2012

<http://www.landstingetsormland.se/PageFiles/31799/Budget%20och%20m%c3%a5l%202012%20rev%20LF%202011-11-22.pdf>

(avläst 2013-05-17)

Internetkälla 22 – Region Skåne: Årsredovisning 2012

http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/Skaneportalen-extern/OmRegionSkane/ekonomi/arsredovisning/2012/%c3%85R_2012_web_130520.pdf

(avläst 2013-05-18)

Internetkälla 23 – Region Skåne: Årsredovisning 2009

http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Skaneportalen-extern/OmRegionSkane/ekonomi/arsredovisning/2009/ÅR_100414%20utskick%20RF_del2.pdf

(avläst 2013-05-18)

Internetkälla 24 – Region Skåne – Hälso- och sjukvårdsnämnden: Budget 2010

http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Skaneportalen-extern/PolitikPaverkan/Sammantraden/Sektor_vard_och_halsa/Halso_och_sjukvardsnamnden/Foredragningslista/HSN.091130.A4.REV.pdf

(avläst 2013-05-25)

Internetkälla 25 – Region Skåne: Årsredovisning 2010

http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Skaneportalen-extern/OmRegionSkane/ekonomi/arsredovisning/2010/ÅR_2010_110426del1.pdf

(avläst 2013-05-18)

Internetkälla 26 – Region Skåne: Årsredovisning 2011

http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/Skaneportalen-extern/OmRegionSkane/ekonomi/arsredovisning/2011/ÅR_2011_120419_web.pdf

(avläst 2013-05-18)

Internetkälla 27 – Region Skåne: Budget och verksamhetsplan 2012

http://www.skane.se/Public/Skaneportalen-extern/PolitikPaverkan/Dokument/Budget_2012.pdf

(avläst 2013-05-18)

Internetkälla 28 – Region Skåne: Revisionsrapport 2011

<http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/Revisionen/rapp%20Sjukvårdens%20tillförlitlighet%20på%20litlighet%207%20sept.pdf>

(avläst 2013-05-18)

Internetkälla 29 – Region Halland: Årsredovisning 2012

http://www.regionhalland.se/PageFiles/16725/RH_Årsredovisning_2012_slutversion.pdf

(avläst 2013-05-19)

Internetkälla 30 – Region Halland: Budget 2009 och ekonomisk plan 2010-2011

http://www.regionhalland.se/PageFiles/21496/mål_budget2009_webb.pdf

(avläst 2013-05-19)

Internetkälla 31 – Region Halland: Mål och budget 2011 och ekonomisk plan 2012-2013

http://www.regionhalland.se/PageFiles/21496/BUDGET2011_print.pdf

(avläst 2013-05-19)

Internetkälla 32 – Region Halland: Mål och budget 2012 och ekonomisk plan 2013-2014

<http://www.regionhalland.se/PageFiles/21496/Mål%20och%20budget%202012.pdf>

(avläst 2013-05-19)

Internetkälla 33 – Region Halland: Årsredovisning 2009

http://www.regionhalland.se/PageFiles/19716/Årsredovisning%202009_klar_100329.pdf

(avläst 2013-05-19)

Internetkälla 34 – Region Halland: Årsredovisning 2010

http://www.regionhalland.se/PageFiles/19716/Halland_ÅR_0405_bookmarked2.pdf

(avläst 2013-05-19)

Internetkälla 35 – Region Halland: Årsredovisning 2011

http://www.regionhalland.se/PageFiles/19716/ÅR11_100412.pdf

(avläst 2013-05-19)

Internetkälla 36 – Landstinget i Östergötland: Årsredovisning 2012

<http://www.lio.se/pages/186611/Arsredovisningen2012.pdf>

(avläst 2013-05-19)

Internetkälla 37 – Landstinget i Östergötland: Årsredovisning 2009

<http://www.lio.se/pages/104635/arsredovisning2009.pdf>

(avläst 2013-05-19)

Internetkälla 38 – Landstinget i Östergötland: Årsredovisning 2010

<http://www.lio.se/pages/127963/Slutlig%20C3%85R%202010%20LF%20110427%20C3%A5gupp%20C3%B6st.pdf>

(avläst 2013-05-20)

Internetkälla 39 – Landstinget i Östergötland

<http://www.lio.se/pages/148706/arsredovisning-2011.pdf>

(avläst 2013-05-20)

9. Bilaga 1

Intervjuguide

1. Anpassning av organisation

Vilka formella beslut har tagits i landstinget utifrån kömiljardens innehåll och på vilken organisatorisk nivå har dessa tagits? (Landstingsfullmäktige, landstingsstyrelse, driftsnämnder/styrelser alt. tjänstemannanivå.)

Har arbetet med kömiljarden varit en del av budgetprocessen?

Har den politiska majoriteten förändrats mellan 2009 och 2012?

- **Om svar ja:** Har det påverkat arbetet med kömiljarden?

Köper landstinget vård av andra aktörer (privata eller andra landsting) för att öka tillgängligheten?

Kan ni beskriva hur landstingets arbete med kömiljarden sett ut i övrigt?

2. Förmedling av information

Hur har arbetet med överenskommelsen förmedlats till den personal som ska utföra prestationerna?

- Har det tagits fram något landstingsgemensamt informationsmaterial?
- Har någon undersökning genomförts angående personalens kunskaper om kömiljarden?
- Har det skett någon riktad kompetensutveckling för personalen som presterar prestationerna utifrån överenskommelsens innehåll?

Har ni någon uppfattning om möjligheterna att rekrytera personal till berörda verksamheter har förändrats under perioden 2009-2012?

- Har "nyckelpersoner" för arbetet med kömiljarden försvunnit respektive tillkommit under åren?

3. Ansvar och motivation

Har verksamheterna ett ekonomiskt ansvar för de kostnader och intäkter som ingår för att producera prestationen inom överenskommelserna?

Fanns det en intern prestationsersättningsmodell 2009 för den vård som inkluderas i kömiljarden? (Alltså att mer intäkter erhöles om fler prestationer utfördes.)

- **Om svar ja:** Har det skett någon betydande förändring av modellen under 2010-2012?

- **Om svar nej:** Hur fördelades resurserna inom organisationen före 2009?
- Har det införts någon prestationsersättningsmodell enligt ovan under 2010-2012?
- Om ingen resursfördelningsmodell har införts: Hur fördelas resurserna nu?

Finns det någon koppling mellan producenternas ersättning alt. budgettilldelning och det faktiska statsbidrag som landstinget erhåller?

4. Kommunikation av resultat

Hur har resultatet av överenskommelserna kommunicerats internt inom landstinget?

- På vilka arenor diskuteras resultatet?
- Vilka analyser och åtgärder sker?
- Hur ofta sker uppföljning av arbetet? (månatlig, kvartal eller årlig)

Finns det någon årlig skriftlig utvärdering av kömiljarden inom landstinget?

5. Negativa sidoeffekter

Har ni vidtagit särskilda åtgärder för att följa upp eventuella negativa konsekvenser av arbetet med överenskommelserna i andra delar av verksamheten?

- Har det diskuterats om det blir för mycket fokus på överenskommelsens mål så att det finns risk för ex. undanträngningseffekter dvs. när lägre prioriterade patienter ges vård före patienter som har större medicinskt behov?

10. Bilaga 2

Tabellerna i bilaga 2 hanterar information baserat på landstingens årliga resultat för kömiljarden.

Landsting	Ersättning 2009		Ersättning 2010		Ersättning 2011		Ersättning 2012	
	Besök mnkr	Behandling Mnkr	Besök mnkr	Behandling mnkr	Besök mnkr	Behandling mnkr	Besök mnkr	Behandling mnkr
Blekinge	8,7	8,2	9,5	2,4	4,1	1,8	5,5	7,7
Dalarna	13,7	13,3	3,4	0	4,2	0	2,1	0
Gotland	3,3	3,1	3,8	5,6	16,8	11,6	13,4	17,9
Gävleborg	15,8	14,9	17,1	26,2	13,6	36,7	13	32,9
Halland	17	16	30,2	66,6	50,9	127,2	21,4	46,5
Jämtland	7,3	6,8	8,3	12	4,1	3,8	1,9	1
Jönköping	19,2	18,1	34,2	33	22,8	13,5	23,3	24,2
Kalmar	13,4	12,6	23,7	22,9	44,5	21	16,1	33,9
Kronoberg	10,5	9,9	18,6	17,4	35,2	17,8	12,3	10,9
Norrbottn	14,3	13,4	16,4	24,4	12,7	38,1	12,4	38
Skåne	70,3	66,2	81,1	19,4	46,4	45,9	44	59,8
Stockholm	99,6	108,6	25	25,8	79,7	0	140,6	25,5
Sörmland	15,4	14,5	16,7	3,4	4	0	1	0
Uppsala	16,4	17,9	20,6	4,2	7,6	0	0	0
Värmland	15,7	14,8	18	26	6,1	36,2	13	25,1
Västerbotten	14,8	13,9	16	24,6	15,4	8,2	9,7	1
Västernorrland	0	11,7	12,1	20	6,4	17,7	10,3	17,2
Västmanland	14,4	13,5	4,1	3,2	5,7	0	10,7	3,1
Västra Götaland	89,8	84,6	97,4	153,9	99,3	106,4	102,2	88,5
Örebro	16	15	17,3	3,6	3	0	9,1	5,4
Östergötland	24,4	23	26,5	5,4	17,5	14,1	38	61,4
Totalt	500	500	500	500	500	500	500	500

Landsting	Total ersättning från kömiljarden					Statsbidrag per invånare i kr			
	2009	2010	2011	2012		2009	2010	2011	2012
	mnkr	mnkr	mnkr	mnkr					
Blekinge	17	11,9	5,8	13,2		111	78	38	87
Dalarna	27	3,4	4,2	2,1		98	12	15	7
Gotland	6,4	9,4	28,4	31,2		111	164	496	545
Gävleborg	30,7	43,4	50,3	45,9		111	157	182	166
Halland	33	96,8	178,1	67,9		111	326	590	223
Jämtland	14,1	20,4	7,9	2,9		111	161	62	23
Jönköping	37,4	67,1	36,3	47,5		111	200	107	140
Kalmar	26	46,7	65,5	50		111	200	281	214
Kronoberg	20,3	36	53	23,2		111	197	287	125
Norrbottn	27,7	40,8	50,8	50,4		111	164	204	203
Skåne	136,6	100,5	92,2	103,8		111	82	74	82
Stockholm	208,1	50,7	79,7	166,1		103	25	38	78
Sörmland	29,9	20,1	4	1		111	75	15	4
Uppsala	34,3	24,8	7,6	0		103	75	23	0
Värmland	30,4	44	42,4	38,1		111	161	155	139
Västerbotten	28,7	40,6	23,6	10,7		111	157	91	41
Västernorrland	11,7	32,1	24,2	27,5		48	132	100	114
Västmanland	27,9	7,3	5,7	13,7		111	29	22	54
Västra Götaland	174,4	251,2	205,7	190,8		111	160	129	119
Örebro	31	20,9	3	14,6		111	75	11	51
Östergötland	47,4	31,9	31,6	99,4		111	75	73	229
Totalt	1000	1000	1000	1000					

Uppgifterna till tabellerna är hämtade från landstingens/regionernas nationella och gemensamma väntetidsdatabas, Väntetider i Vården.

11. Bilaga 3

Uppgifter om kvalificering till kömiljard								
	Kvalificerad för kömiljard 2009		Kvalificerad för kömiljard 2010		Kvalificerad för kömiljard 2011		Kvalificerad för kömiljard 2012	
	Antal tillfällen*		Antal tillfällen**		Antal månader***		Antal månader***	
	90 % -nivån	80 % -nivån	90 % -nivån	80 % -nivån	80 % -nivån	70 % nivån	80 % -nivån	70 % -nivån
Landsting	90 dagar	90 dagar	90 dagar	90 dagar	60 dagar	60 dagar	60 dagar	60 dagar
Blekinge	2	2	1	3	0	9	4	16
Dalarna	0	2	0	1	0	4	0	2
Gotland	2	2	2	4	11	21	23	24
Gävleborg	2	2	0	4	12	19	12	21
Halland	2	2	4	4	19	24	20	24
Jämtland	2	2	1	4	1	13	0	6
Jönköping	2	2	3	4	8	16	13	22
Kalmar	2	2	3	4	16	20	18	24
Kronoberg	2	2	2	4	10	22	10	22
Norrbottn	2	2	2	4	16	18	17	22
Skåne	2	2	2	3	1	15	0	18
Stockholm	1	2	0	2	2	9	9	15
Sörmland	2	2	0	3	0	4	0	1
Uppsala	1	2	0	3	0	6	0	0
Värmland	2	2	1	4	6	16	13	20
Västerbotten	2	2	0	4	6	15	1	10
Västernorrland	0	1	0	2	2	16	6	20
Västmanland	2	2	1	2	0	6	3	12
Västra Götaland	2	2	1	4	8	19	8	22
Örebro	2	2	0	3	0	3	1	12
Östergötland	2	2	0	3	5	13	19	24
* År 2009 var det endast 1 avstämningstidpunkt både för besök och behandling								
** År 2010 var det 2 avstämningstidpunkter både för besök och behandling								
*** År 2011 och 2012 var det månatlig avstämning för både besök och behandling, alltså gavs ersättning på totalt 24 månader på ett år.								
Uppgifterna är hämtade från landstingens/regionernas nationella och gemensamma väntetidsdatabas, Väntetider i Vården.								