



EKONOMIHÖGSKOLAN

Lunds universitet

Företagsekonomiska institutionen

Magisteruppsats

Augusti 2003

Budget som styrverktyg i landstinget

- en studie på Länssjukhuset i Halmstad och
Centralsjukhuset i Kristianstad

Handledare

Gert Paulsson

Författare

Pia Lundqvist

Sabina Mårtensson

Anna Nystedt

Budget som styrverktyg i landstinget

- en studie på Länssjukhuset i Halmstad och
Centralsjukhuset i Kristianstad

Pia Lundqvist
Sabina Mårtensson
Anna Nystedt

2003

Sammanfattning

Landstingen är ansvariga för stora delar av den svenska hälso- och sjukvården i Sverige. De senaste åren har landstingen varit drabbade av en ytterst ansträngd ekonomi och endast fem av 20 landsting kunde under 2002 redovisa ett överskott. Den försämrade ekonomin kan till viss del förklaras av en hög arbetslöshet vilket innebär minskade skatteintäkter. Eftersom den offentliga sektorn, och däribland landstingen, får den största delen av sina intäkter via skatter drabbas de hårt av en vikande sysselsättning. Andra orsaker till den försämrade ekonomin är kostnadsökningar och stigande lönekostnader.

Samtidigt som landstingens situation diskuteras ofta i media finns det de som menar att budgeten har fått en undanskymd roll som styrinstrument i landstingen. Detta kan te sig märkligt eftersom kommunallagen (1991:900) kräver att landsting ska upprätta en budget för varje verksamhetsår. Budgeten måste alltså vara en del av styrsystemet.

Med anledning av budgetens alltmer dolda roll och landstingens ansträngda ekonomi fann vi det intressant att genomföra en studie som syftar till att analysera huruvida budgetens roll på sjukhus överensstämmer med styrförutsättningar och metoder för budgetuppställande. Som analysinstrument har en contingency-modell om budgetering använts, som beskriver samband mellan förutsättningar (externa och interna), budgetens huvudsyfte och dess metoder för uppställande. Modellen är utarbetad av Bergstrand et al som menar att effektivitet uppnås om överensstämmelsen mellan de tre huvudområdena är god.

Djupintervjuer har genomförts på Länssjukhuset i Halmstad och Centralsjukhuset i Kristianstad, som ligger under Landstinget Halland respektive Region Skåne. Respondenterna till studien var ekonomichefer, klinikekonomer, budgetsamordnare och verksamhetschefer.

Resultatet av studien visar att det på sjukhusen råder god överensstämmelse mellan budgetens huvudsyfte och metod för uppställande. Däremot är överensstämmelsen mellan de interna och externa förutsättningarna och budgetens huvudsyfte bristfällig. Det är alltså inte budgeten och/eller budgetprocessen som fallerar som styrverktyg utan problemen som måste åtgärdas finns i styrförutsättningarna för sjukhusen. Bristen på överensstämmelse leder till ineffektivitet och det kan konstateras att om ekonomi används som ett mått på effektivitet, vilket sker i denna studie, så kan samband mellan sjukhusens dåliga ekonomi och brister i modellen strykas.

Nyckelord

- Budget
- Landsting
- Sjukhus
- Styrverktyg
- Contingency-teori om budgetering

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
1.1	Bakgrund.....	1
1.2	Problemformulering.....	3
1.3	Syfte.....	4
1.4	Målgrupp.....	4
1.5	Avgränsning.....	4
1.6	Disposition.....	5
2	Metod.....	7
2.1	Övergripande ansats.....	7
2.2	Vetenskapligt angreppssätt.....	9
2.2.1	Kvalitativ metod.....	9
2.2.2	Induktion och deduktion.....	9
2.3	Praktiskt tillvägagångssätt.....	10
2.4	Urval och datainsamling.....	10
2.4.1	Val av landsting och sjukhus.....	11
2.4.2	Intervjuer.....	12
2.5	Reliabilitet och validitet.....	14
2.5.1	Reliabilitet.....	14
2.5.2	Validitet.....	15
3	Teori.....	17
3.1	Styrsystem och budget.....	17
3.1.1	Budgetens syften.....	19
3.1.2	Budgetmetoder.....	21
3.1.3	Budgetuppställande.....	22
3.1.4	Budgetuppföljning.....	23
3.2	Contingency-teori om styrsystem.....	24
3.2.1	Contingency-teori om budgetering.....	25
3.2.2	Externa och interna styrförutsättningar i landstinget.....	26
3.2.3	Studiens referensram.....	30
4	Empiri.....	33
4.1	Hur landstinget är uppbyggt.....	33
4.2	Budgetsystem i landstinget.....	34
4.2.1	L-planen.....	35
4.2.2	Programbudget.....	35
4.2.3	Rambudget.....	36
4.2.4	Verksamhetsinriktad budget.....	36
4.2.5	Befolkningsbaserad resursfördelningsmodell.....	37
4.2.6	Köp-säljmodell.....	37
4.2.7	Prestationsbaserad ersättning och totalt kostnadsansvar.....	38
4.3	Centralsjukhuset i Kristianstad.....	39
4.3.1	Ekonomisk situation i Region Skåne och Centralsjukhuset i Kristianstad.....	39
4.3.2	Fördelning av resurser i Region Skåne.....	40
4.3.3	Budgetsystemet på Centralsjukhuset i Kristianstad.....	41
4.3.4	Intervjuer gjorda på Centralsjukhuset i Kristianstad.....	42

4.4	Länssjukhuset i Halmstad	49
4.4.1	Ekonomisk situation i Landstinget Halland och Länssjukhuset i Halmstad	49
4.4.2	Fördelning av resurser i Hallands län	50
4.4.3	Budgetsystemet på länssjukhuset i Halmstad	50
4.4.4	Intervjuer gjorda på Länssjukhuset i Halmstad.....	51
5	Analys och slutsats	59
5.1	Externa och interna styrförutsättningar.....	59
5.1.1	Lagreglering och politikens inflytande	59
5.1.2	Personal.....	60
5.1.3	Marknad, teknologi och konjunktur.....	63
5.1.4	Arbetsätt	63
5.1.5	Organisation.....	64
5.2	Överensstämmelse mellan styrförutsättningar och budgetens huvudsyfte	65
5.3	Budgetens huvudsyfte och överensstämmelse med metod för uppställande.....	66
5.4	Koppling mellan sjukhusens ekonomi och graden av överensstämmelse	67
5.5	Uppföljning	68
6	Summering	69
6.1	Kort sammanfattning	69
6.2	Teoretiskt och praktiskt bidrag	69
6.3	Förslag till fortsatt forskning	69
7	Litteraturförteckning	71
7.1	Publikationer	71
7.2	Elektroniska källor:.....	76
7.3	Intervjuer.....	76
Bilagor		
1.	Frågor om budgetering	
2.	Intervju av branschkännare	
3.	Respondenter	

1 Inledning

Detta inledande kapitel avser att ge en bakgrund till studien där landstingens försämrade ekonomiska situation samt budgetens allt mer undanskymda roll beskrivs. Därefter klargörs problemformulering, syfte, avgränsning och målgrupp för studien.

1.1 Bakgrund

Landstinget är en stor och viktig sektor i Sverige (Gustafsson, 1999) som idag är drabbat av en ytterst ansträngd ekonomi, vilket frekvent diskuterats i dagstidningar och nyheter. Endast fem av 20 landsting redovisade ett överskott under 2002¹. Två av de största landstingen, Stockholm och Skåne, stod för 80 procent av det totala underskottet. (Hugo, 2003). För Region Skåne var underskottet för 2002 1744 miljoner kronor, vilket var en försämring med 697 miljoner i jämförelse med 2001 (Årsredovisning 2002 för Region Skåne). I Stockholms läns landsting försämrades resultatet med 2345 miljoner kronor under 2002 och landade slutligen på minus 4564 miljoner (Årsredovisning 2002 för Stockholms läns landsting). Landstingsförbundet (2003b) skriver att den sammantagna bilden av den offentliga ekonomin för de närmaste åren är i högsta grad oroande. Med den rådande lågkonjunktur som Sverige befinner sig kan man anta att den ekonomiska situationen kommer att förvärras ytterligare.

Det kan tyckas vara förvånande att landstingen drabbats av så stora underskott då det redan 1991 stadgades i kommunallagen att landsting ska ha en god ekonomisk hushållning. Det förutsätter att löpande kostnader ska finansieras av löpande intäkter. (Kommunallagen, 1991:900). En god ekonomisk hushållning innebär även förbättringsåtgärder som syftar till effektivare resursutnyttjande ur både ett finansiellt perspektiv och ett verksamhetsperspektiv. Som följd av landstingens försämrade ekonomiska situation kompletterades lagen med ett balanskrav som gäller från år 2000. (Gustafsson, 1999). Detta krav innebär dels att budgeten måste upprättas så att intäkter överstiger kostnader, samt att om ett underskott uppkommer ska det egna kapitlet återställas inom de två följande åren, om inte synnerliga skäl föreligger (Kommunallagen, 1991:900). Balanskravet fanns med i kommunallagen redan tidigare men avskaffades i 1991 års kommunallag vilket

¹ Landstingsverksamheten i Gotlands kommun är inte medräknad

innebar att det i budgeten inte längre behövde redovisas hur planerade utgifter skulle täckas och hur överskott eller underskott skulle regleras i nästkommande årsbudget. Dock underströks det i kommunallagens förarbeten att om slopandet av balanskravet skulle innebära att landsting konsekvent skulle underbalansera budgeten, avsåg statsmakterna att strama lagregleringen igen. Under 1990-talet försämrades ekonomin i många landsting och de fick svårigheter att klara ekonomin. Verksamheten lånefinansierades till och med i vissa fall. Detta medförde att balanskravet återinfördes 1998. (Gustafsson, 1999).

Den försämrade ekonomin kan delvis förklaras av en vikande sysselsättning som inneburit mindre skatteintäkter. Eftersom skatteintäkterna är den största delen av landstingets totala intäkter drabbas de hårt av lågkonjunkturen. Kostnadsökningar är ett annat skäl till att ekonomin försämrats. Dessa beror framförallt på att verksamheten i landstingen växt, tillsammans med stigande priser och lönekostnader. En bakomliggande orsak till att verksamheten tenderar att växa är demografiska förändringar i samhället som innebär en allt större andel äldre människor, som i allmänhet kräver mer vård än den yngre delen av befolkningen. Till detta ska tilläggas att allmänheten idag har höga krav på en förbättrad äldreomsorg vilket självfallet kräver större resurser. (Landstingförbundet, 2003b).

De minskade skatteintäkterna tillsammans med minskade bidrag från staten har lett till att landstingen under de senaste femton åren har tvingats genomföra stora förändringar av sina organisations- och styrmodeller. Beroendeförhållandena mellan stat och landsting har blivit väldigt påtagliga och det kan konstateras att så länge statsfinanserna inte är i balans så kommer det även att råda osäkerhet i landstingens ekonomi. (Brorström, 1995).

Samtidigt som det klart och tydligt framkommer att landstingens ekonomi är under kraftig försämring finns det de som anser att budgeten har fått en allt mer undanskymd roll som styrinstrument (Niklasson, 2003). Under 1980-talet var tillväxttakten i den svenska ekonomin relativt blygsam (Anell, 1990) och krav på besparingar drabbade landstingen. Den rådande planeringskulturen som landstingen befann sig i gick över till att bli en ifrågasättande kultur, fortfarande med budgeten i fokus, där nollbasbudgetering var det tydligaste exemplet på insikten att allt måste ifrågasättas. (Niklasson, 2003).

Budgeten har i både privata och offentliga organisationer traditionellt fungerat som ett styrverktyg (Anell, 1990). Den är en av få tekniker som klarar av att integrera en organisations alla aktiviteter i en enda sammanhängande rapport (Otley, 1999). Under 1990-talet har andra styrmetoder anammats i landstingen och budgeten har fått en sekundär betydelse. Från att ha varit ett framträdande styrinstrument har budgeten antagit en mer undanskymd roll till förmån för

årsredovisningen, som kommit att användas som ett analysinstrument. Utformningen av årsredovisningarna har under de senaste femton åren utvecklats mycket och med hjälp av bättre årsredovisningar har problem identifierats och resultat avlästs. Emellertid menar Niklasson (2003) att det har glömts bort vad en bra budgetprocess med bra planeringsmöjligheter kan tillföra. En mer långsiktig budgetplanering behövs, som ser bortom det närmaste verksamhetsåret och på allvar försöker skapa klarhet i de möjligheter och problem som finns i den offentliga verksamheten och som måste uppkläras de kommande fem åren. (Niklasson, 2003).

Budgeten är en del av de styrsystem som finns i de flesta organisationer och företag. Styrsystem utformas olika och används på olika sätt beroende på den situation som organisationen befinner sig i. Det finns med andra ord ingen optimal styrning för att uppnå höga prestationer. Enligt contingency-teorin är det företagets varierande förutsättningar som avgör vad som är en lämplig styrform för att nå önskat resultat. (Anthony et al, 2000). Landstingen i Sverige har jämfört med privata företag ett antal faktorer som påverkar förutsättningarna för styrsystemets utformning, så som lagregleringar och politikens inflytande. Ett lagkrav är att en budget för verksamheten ska upprättas varje år (Kommunallagen, 1991:900), vilket gör att budgeten måste vara en del av styrsystemet.

1.2 Problemformulering

Mot bakgrund av budgetens alltmer undanskymda roll och landstingens ansträngda ekonomi finner vi det intressant att utforska vilken roll budgeten har som styrinstrument idag och om eventuella kopplingar finns till den dåliga ekonomin. Fram till 1990 har flera empiriska studier utförts avseende budgeteringens roll inom offentlig förvaltning (Anell, 1990), men därefter har forskningen varit begränsad.

Uppsatsens studieobjekt är landstingskommunal sjukvård där vi valt att fokusera på budget och budgetering på sjukhusnivå samt dess eventuella koppling till ekonomin. Studiens inledande och mest centrala frågeställning formuleras enligt nedan:

1. Vilken grad av överensstämmelse finns det mellan de interna och externa förutsättningarna på sjukhusen och syftet med budgeteringen samt deras metod för budgetuppställande?

För att kunna besvara frågeställningen krävs att ytterligare frågor ställs:

- Vilka interna och externa förutsättningar föreligger på sjukhusen?
- Vilket är sjukhusens huvudsakliga syfte med budgeten och hur används den?
- Vilken metod för budgetuppställande används?

Med beaktande av vad som framkommer av ovan formulerade frågor och med vetskap om den ansträngda ekonomin i landstingen uppkommer naturligt följande frågeställning:

2. Kan man urskilja något samband mellan sjukhusens ekonomi och graden av överensstämmelse enligt fråga 1?

1.3 Syfte

Studiens övergripande syfte är att analysera huruvida budgetens roll på sjukhus överensstämmer med deras styrförutsättningar och metod för budgetuppställande. Vi vill även se om det går att urskilja något samband mellan graden av överensstämmelse och sjukhusens ekonomi.

1.4 Målgrupp

Uppsatsen fokuserar på budget och budgetering i landstingen och är utförd på sjukhus. En målgrupp blir därför sjukhus runt om i Sverige, med liknande förutsättningar som undersökningsobjekten, då dessa kan antas vilja ta del av eller använda resultaten från studien. Övriga som kan ha stort intresse av denna uppsats är studenter vid universitet och högskolor, eftersom de i begränsad omfattning ställs inför styrproblematik inom den offentliga sektorn under sin utbildningstid.

1.5 Avgränsning

Denna studie avgränsas till att enbart undersöka en del av det totala styrsystemet i landstingen, närmare bestämt budgeten. Ytterligare en avgränsning är att vi endast inriktar oss på länssjukhus, som tillhandahåller akutsjukvård med hög specialiseringsgrad till skillnad från primärvård och länsdelssjukvård.

Fokus i uppsatsen ligger på budgeten som styrinstrument och inte budgeten i egenskap av siffersammanställning. Vi kommer därför inte i någon stor utsträckning behandla uppgifter av budgetutfall i siffror.

1.6 Disposition

- Kapitel 1** En inblick ges i landstingens ekonomiska situation, samt budgetens förändrade roll i landstingen. I kapitlet klargörs vidare problemformulering, syfte, målgrupp och avgränsningar.
- Kapitel 2** I kapitlet redogörs för den metodansats som valts, och på vilket sätt studien är genomförd.
- Kapitel 3** Kapitlet behandlar contingency-teorier samt teori avseende budget och budgetering - teorier som tillsammans utgör uppsatsens stöttepelare och som mynnar ut i den referensram som ligger till grund för studien.
- Kapitel 4** Ett empiriavsnitt som beskriver landstingens uppbyggnad och olika budgetmodeller som använts genom åren. Därefter redogörs för budgetprocessen på Centralsjukhuset i Kristianstad respektive Länsjukhuset i Halmstad. Kapitlet innehåller även en sammanfattning av de intervjuer som gjorts på respektive sjukhus.
- Kapitel 5** Ett analyskapitel där teori och empiri vävs samman. I anslutning till detta diskuteras även uppfattningar och slutsatser.
- Kapitel 6** I detta kapitel ges en kort sammanfattning av studiens resultat. Dessutom redogörs för studiens praktiska och teoretiska bidrag. Avslutningsvis ger vi förslag till framtida forskning.
- Kapitel 7** Referenser.

2 Metod

Kapitlet inleds med en beskrivning av den contingency-ansats som varit utgångspunkt i studien. Därefter redogörs för studiens vetenskapliga angreppssätt och för- och nackdelar med dessa. Det praktiska tillvägagångssätt som valts klargörs.

2.1 Övergripande ansats

Att analysera budgetens roll som styrverktyg är komplext eftersom den med stor sannolikhet påverkas av flera olika variabler. En tänkbar övergripande ansats för att analysera budgetens roll där flera påverkansvariabler finns, är den så kallade contingency-ansatsen. Vi har valt att använda oss av denna ansats för att sätta insamlad data i ett helhetsperspektiv och för att få en bättre förståelse för budgetens roll med hänsyn tagen till olika påverkansvariabler.

Enligt Gailbraith (1973) bygger contingency-ansatsen på två antaganden. Dessa är att det inte finns någon organisationsform som är överlägsen andra och att alla sätt att organisera verksamheter på inte är lika effektiva. En annan central del av den situationsanpassade ansatsen är "fit" eller överensstämmelse mellan en organisations situation (kontext) och dess struktur (Greve, 1999).

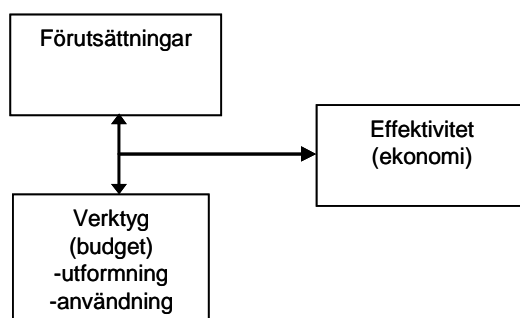
Vidare menar Van de Ven et al (1985) att contingency-studier som gjorts kan delas in i tre kategorier, nämligen:

- *Urvalssynsättet (selection approach)* – här anses den organisatoriska kontexten vara avgörande för organisationens utformning. Detta innebär att en kontextvariabel samverkar med en strukturvariabel utan hänsyn till den organisatoriska effektiviteten.
- *Interaktionssynsättet (interaction approach)* – Vid detta synsätt menar man att det inte bara finns en samvariation mellan en kontextvariabel och en strukturvariabel utan att denna samvariation även påverkar effektiviteten.
- *Systemsynsättet (system approach)* – Detta synsätt är delvis en kritik mot de två första synsätten. Här tas hänsyn till flera kontextvariabler och flera strukturvariabler för att kunna finna en effektiv konstellation.

Systemsynsättet ligger till grund för denna studie, vilket innebär att vi utgår från en holistisk syn på en organisation där det inte går att oberoende av varandra kvantifiera vilket förklaringsvärde olika situationsvariabler har (Hellström, 2002). Denna holistiska utgångspunkt har även verkan på hur vi studerar budgetens roll på sjukhusen. Det är inte givande att enbart studera rollen som styrverktyg utan den måste sättas som helhet i sjukhusorganisationerna. Vi antar alltså en helhetssyn där budgeten som styrverktyg är en del av många. Andra delar som är viktiga att ta hänsyn till är exempelvis hur sjukhusorganisationen är indelad och vilken grad av frihet som finns vad gäller budgetarbetet.

Den contingency-modell som vi har haft som utgångspunkt i denna studie fungerar på så vis att om samverkan mellan förutsättningar och verktyg fungerar optimalt leder det till att effektivitet uppnås. Eftersom syftet är att studera budgetens roll i överensstämmelse med bland annat styrförutsättningar föll det sig naturligt att i modellen sätta budgeten som verktyg.

För att budgeten ska fungera som styrverktyg krävs att dess utformning och användning står i överensstämmelse med organisationens struktur och kontext, det vill säga interna och externa förutsättningar. Finns denna överensstämmelse finns goda förutsättningar att uppnå effektivitet. Vi har valt att mäta effektiviteten i ekonomiska termer. Vi är medvetna om att effektivitetsbegreppet inrymmer mycket mer än ekonomi. Dock är effektiviteten komplicerad att mäta eftersom direkta mått saknas till följd av att många variabler påverkar effektiviteten i snäv och vid mening. Ekonomiska utfall är lättare att mäta och eftersom vi anser att effektivitet och ekonomi är tätt sammankopplade föll det sig naturligt att mäta effektiviteten i ekonomiska termer med tanke på uppsatsens syfte.



Figur 2.1 Egen utformning av studiens contingency-modell.

Den övergripande contingency-ansatsen med ovanstående modell ligger som grund för vårt fortsatta uppsatsarbete och utgör det sätt vi ser på förutsättningar för en god budgetprocess.

2.2 Vetenskapligt angreppssätt

2.2.1 Kvalitativ metod

Denna studie är inte inriktad på att kvantifiera resultat utan vi vill skapa förutsättning för djupgående svar avseende budgetprocessen, vilket gör att en kvalitativ metod är att föredra. En kvantitativ metod är till sin natur mer formaliserad och strukturerad samt i större utsträckning präglad av forskarens kontroll (Holme et al, 1997). I syfte att uppfatta stämningar och få mer utförliga svar har vi medvetet valt att låta formaliseringen och kontrollen stå tillbaka. Studien bygger huvudsakligen på djupintervjuer och innebär alltså att vi som intervjuare kommer studieobjektet väldigt nära, vilket enligt Holme et al (1997) är ett vanligt kännetecken för kvalitativa metoder. Vi kommer inte att kunna dra generella slutsatser av studien på grund av att för få sjukhus är representerade i undersökningen. Trots det menar vi att resultatet i studien kommer att kunna användas av sjukhus med samma förutsättningar som de utvalda sjukhusen.

Vidare anser vi studien vara av explorativ karaktär. Vår avsikt med studien är att klarlägga vilken situation som verkligen föreligger på sjukhusen. Syftet med en explorativ undersökning är att utforska förhållanden som är mindre kända eller kanske helt okända (Andersen, 1998). Eftersom budgetens roll i den offentliga sektorn har studerats i begränsad omfattning de senaste tio åren menar vi att vår studie faller inom ramen för Andersens definition.

2.2.2 Induktion och deduktion

Man brukar tala om två angreppssätt när det gäller den företeelse som ska studeras, induktiv och deduktiv metod (Holme et al, 1997). Genom deduktion dras slutsatser om enskilda händelser utifrån generella principer medan man genom induktion utifrån empiri kan sluta sig till en generell kunskap (Andersen, 1998).

Denna studie tar till stor del sin utgångspunkt i verkligheten för att påvisa vilken faktisk situation som föreligger vid de båda sjukhusen. Vi har dragit slutsatser genom de empiriska data som inhämtats via intervjuer, vilket innebär ett induktivt angreppssätt. Dock utgår vi även från en teori, vår referensram (se s. 30), som är våra glasögon genom studien. Denna teori kommer inte att testas utan finns med i våra bakhuvuden under resans gång. Vi har således inget renodlat induktivt eller deduktivt angreppssätt utan snarare en blandning av de båda.

2.3 Praktiskt tillvägagångssätt

För att uppfylla studiens syfte har vi försökt göra en så grundlig undersökning som möjligt av de två undersökningsobjekten, nämligen Centralsjukhuset i Kristiansstad och Länssjukhuset i Halmstad.

Uppsatsarbetet inleddes med inläsning av relevant litteratur och forskning inom området, för att få en bra grund att stå på inför det fortsatta arbetet. Härigenom fick vi uppslag till intervjuer med personer som arbetar med, och forskar inom budgetering i offentlig sektor. De personer som intervjuades var Anders Anell, VD för Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) samt Uldis Skuja, budgetchef på Lunds Kommun. Avsikten med intervjuerna var att i ett tidigt skede få en bättre insikt i de eventuella problem som är kopplade till budget och budgetprocessen i landstingen och få djupare bakgrundskunskap inför intervjuerna på sjukhusen.

Den fortsatta studien baserades på djupintervjuer på Länssjukhuset i Halmstad och Centralsjukhuset i Kristianstad. Respondenterna utgjordes av ekonomichefer, budgetsamordnare, klinikekonomer och verksamhetschefer. Valet att basera den fortsatta studien på djupintervjuer gjordes för att få olika infallsvinklar och detaljerade synpunkter på budgetrollen och budgetprocessen samt ansvar kopplat till budget. För att få aktuell kunskap om budgetsystemet i landstingen gjordes telefonintervjuer med budgetchefen i Landstinget Halland respektive Region Skåne.

2.4 Urval och datainsamling

I studien användes både sekundära och primära informationskällor. Vår materialinsamling tog sin utgångspunkt i tidigare forskning, working papers och böcker. Litteratur hittades i första hand via Lunds universitets bibliotek med sökverktyget Lovisa. Via databasen Electronic Library Information Navigator (ELIN) fann vi relevanta forskningsartiklar. Internet var också en viktig del av den sekundära datainsamlingen, främst som hjälpmedel att finna information om landstingen i Sverige. Primärdata utgjordes av djupintervjuer med relevanta personer på respektive sjukhus samt personer med erfarenheter av budgetarbete i offentliga sektorn.

2.4.1 Val av landsting och sjukhus

Då vi ansåg att en kvalitativ undersökningsmetod var mest lämpad för att uppnå studiens syfte gjorde vi bedömningen att två sjukhus var en rimlig begränsning för att lyckas genomföra studien, dels för att uppnå det djup vi önskade och dels för att tidsramen för uppsatsen var relativt kort. Vidare önskade vi att studera sjukhus i två olika landsting för att upptäcka eventuella skillnader.

Landsting

Efter genomgång av Sveriges landsting föll valet på Region Skåne och Landstinget Halland, vilket skedde utifrån två beslut. En geografisk spridning var önskvärd utan att för mycket restid togs i anspråk varför stora delar av Sveriges landsting uteslöts. Dessutom valdes landstingen utifrån deras ekonomiska situation, där ett landsting med bra respektive dålig ekonomi eftersöktes. Med bra ekonomi menar vi ett positivt resultat och vice versa. Motivet till att ta hänsyn till den ekonomiska aspekten var att, i det senare skedet av uppsatsen, urskilja om det möjligen fanns något samband mellan sjukhusens ekonomi och grad av överensstämmelse mellan styrförutsättningar, budgetsyfte och metod för budgetuppställande. Region Skåne hade under 2001 stora underskott medan det ekonomiska utfallet i Landstinget Halland för samma verksamhetsår var positivt. Vid uppsatsarbetets start fanns årsredovisningarna för 2002 inte tillgängliga varför landstingen valdes utifrån resultatet från 2001.

Nivå i landstingen

Nästa val var att utse på vilken nivå i landstingen vi skulle utföra studien, det vill säga inom primärvården, länssjukvården eller regionsjukvården. Vi valde bort regionsjukvården på grund av att den sker i samarbete med flera landsting. Dessutom bedriver regionsjukhusen utöver vårdverksamhet även forskning i stor utsträckning vilket vi ansåg skulle problematisera bilden alltför mycket. Vi tyckte vidare att länssjukvården var mer intressant än primärvården eftersom primärvården är mer förutsägbar och därmed borde vara lättare att styra. Valet föll således på länssjukvården som ansvarar för sjukvården genom länssjukhus och flera länsdelssjukhus.

Sjukhus

Val av sjukhus föll sig tämligen naturligt då vi eftersökte ett sjukhus i Region Skåne och ett i Landstinget Halland. Vid val av sjukhus var en viktig faktor att hitta sjukhus med relativt lika förutsättningar. Därför valde vi att koncentrera oss på länssjukhusen i de båda landstingen, Centralsjukhuset i Kristianstad och Länssjukhuset i Halmstad. Valet gjordes med tanke på att förutsättningar såsom typ av verksamhet, antal anställda, och organisationsstruktur var relativt lika.

Ordet centralsjukhus är ett äldre uttryck för länssjukhus och båda benämningarna kommer att användas i denna uppsats av den enkla anledningen att Kristianstad har behållit benämningen centralsjukhus.

2.4.2 Intervjuer

Att använda djupintervjuer för att erhålla önskad information kändes givet, eftersom denna metod av datainsamling ger bra förutsättningar för att samla individuell information i olika frågor (Seymour, 1992). Vi ville fånga olika syner och åsikter om budgeten på respektive sjukhus och vi såg därför inget annat bra alternativ. Djupintervjuerna gav oss även möjlighet att fånga upp stämningar, känslor och annat som kan utgöra en del av de interna styrförutsättningarna – något som hade varit svårt att fånga i en enkätstudie. En viktig del för att få så många infallsvinklar som möjligt är att man under intervjutillfället ska kunna ifrågasätta respondenternas åsikter (Seymour, 1992), vilket ytterligare stärker vårt val av datainsamlingsmetod. En annan viktig aspekt var möjligheten att klargöra frågorna under intervjun, vilket vi ansåg nödvändigt så att misstolkning av frågorna inte skulle förekomma.

Utöver djupintervjuerna utfördes telefonintervjuer med ekonomichefen i respektive landsting för att erhålla fakta om landstingen.

2.4.2.1 Intervjuunderlag

Efter genomgång av litteratur utformades intervjuunderlag till intervjuerna (se bilaga 1-2). Intervjuunderlagen innehöll med avsikt öppna frågor i syfte att respondenten skulle få svara fritt utifrån sina egna erfarenheter. Möjligheten till att följa upp frågor var av betydelse för att fånga upp sådant som inte fanns med i frågeformuläret och vi anser med stöd av Krag Jacobsen (1993) att ju öppnare frågor desto lättare är det att finna något i svaren som vi kan bygga vidare på. Alternativet med slutna frågor bedömde vi vara sämre, då det finns risk att begränsa respondentens möjligheter att komma på något nytt och oförutsett. En negativ aspekt med öppna frågor kan dock vara att respondenten utnyttjar det större utrymmet, som öppna frågor normalt ger jämfört med slutna, och undviker att svara på frågan (Krag Jacobsen, 1993). Vi är medvetna om detta men menar ändå att öppna frågor gav den bästa förutsättningen för att få den information vi behövde.

Intervjuerna var semistrukturerade vilket innebar att de styrdes av en uppsättning frågor som skulle beröras under intervjun men där varken ordalydelse eller ordningsföljd var bestämda i förväg. Frågorna i underlaget var uppställda i punktform och ställdes på det sätt som passade situationen.

2.4.2.2 Urval av respondenter

De personer som deltog i studien presenteras i bilaga 3. Nedan motiveras och redogörs för hur urvalet av respondenter gjorts.

Anders Anell, som arbetar på Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) i Lund har tidigare forskat inom budgetering i landstinget. Han disputerade 1990 med sin doktorsavhandling som behandlar detta område. Vi ansåg att han skulle kunna tillföra mycket för vårt fortsatta uppsatsarbete varför vi kontaktade honom med en förfrågan om en intervju. Vidare önskade vi intervjua Lars Niklasson, Ordförande för Föreningen Sveriges Kommunalekonomer, eftersom han skrivit en rad aktuella ledare på området. En tid för intervju avtalades men tyvärr fick Niklasson förhinder i sista stund. Han ordnade dock en intervju med budgetchefen för Lunds kommun, Uldis Skuja, istället. Skuja hade begränsade kunskaper om landstinget men hans kunskap om budget och budgetarbetet ansåg vi kunna vara av värde.

Respondenterna på sjukhusen valdes utifrån deras befattning på sjukhusen. Vi önskade en spridning inom organisationen för att fånga upp olika synpunkter. Utgångspunkten var att intervjua sjukhuschef, economichef, en representant för en serviceenhet samt två verksamhetschefer på vardera sjukhus. Därigenom ansåg vi oss få en bra blandning mellan ekonomer och läkare. Vi efterfrågade verksamhetschefer för en medicinklinik och en kirurgiklinik då de representerar stora kliniker på sjukhusen. Vi ville även intervjua en person med budgetkoppling från en större serviceenhet så som röntgen eftersom deras verksamhet går ut på att serva övriga kliniker med tjänster.

Respondenterna kontaktades per telefon drygt tre veckor innan intervjutillfällena. Sjukhuschefen på länssjukhuset i Halmstad tackade direkt nej på vår förfrågan på grund av tidsbrist. Sjukhuschefen på centralsjukhuset i Kristianstad erbjöd en tid i juni som vi avböjde då den låg för sent i tiden för uppsatsarbetet. Vidare undanbad sig verksamhetschefen för medicinkliniken i Halmstad att delta i studien, varvid vi kontaktade verksamhetschefen för öron- näsa- halskliniken och fick positivt svar. Övriga respondenter valde att ställa upp för en intervju. Representanten för röntgen i Halmstad visade sig även vara sjukhusets budgetsamordnare vilket vi ansåg vara positivt då hon även har inblick i hela sjukhusets budgetarbete.

Intervjutillfällen

Intervjuerna inleddes med att presentera studiens syfte så att eventuella missförstånd angående intervjun skulle klaras upp. Bandspelare användes för att dokumentera vad som faktiskt sagts och för att fånga upp olika tonfall hos respondenterna. För att försäkra oss om att all information kom med antecknades även intervjuerna av de två gruppmedlemmar som inte ställde frågorna. Vi valde att variera intervjuare vid de olika tillfällena och låta alla medlemmar inflika med frågor vid oklarheter i svaren.

Efter intervjutillfällena skrevs intervjuerna ner ordagrant för att inte missa viktig information under uppsatsens fortsatta arbete.

2.5 Reliabilitet och validitet

Validitet och reliabilitet är viktigt att ta hänsyn till i forskning. Nedan följer en diskussion kring reliabilitet och validitet i studien.

2.5.1 Reliabilitet

Reliabilitetsbegreppet innebär att samma resultat skall uppnås om samma angreppssätt används, oberoende av vem som genomför en studie. Hög reliabilitet erhålls således då angreppssättet är obundet till forskaren. (Wiedersheim-Paul et al, 1997). Då studien i denna uppsats har angripits med en kvalitativ metod har reliabiliteten inte samma centrala plats som om den skulle ha genomförts kvantitativt. Detta beror på att kvantitativa studier är mer beroende att den information som samlats in är pålitlig, det vill säga reliabel, eftersom den statistiska representativiteten är i fokus. Syftet med kvalitativa undersökningar är att få en bättre förståelse för vissa företeelser (Holme et al, 1997). Trots den kvalitativa ansatsen har vi försökt att uppnå en så hög reliabilitet som möjligt genom att bearbeta underlagen till djupintervjuerna (mätinstrumentet i studien) noggrant för att de skulle ge tillförlitliga och stabila utslag. Vi instämmer dock med Ejvegård (1996) som påstår att eftersom forskaren ofta själv konstruerar mätinstrumentet föreligger risken att mätinstrumentets pålitlighet blir låg. Denna metodkritik har vi varit medvetna om under studiens gång, och vid utformandet av underlagen har vi även tittat på andras forskares underlag till liknande studier för att uppnå en så hög reliabilitet som möjligt.

2.5.2 Validitet

En annan aspekt, utöver reliabiliteten, som måste beaktas vid forskning är huruvida informationen från studien är giltig eller med andra ord valid. Även denna metodproblematik är mindre betydelsefull vid kvalitativa studier i jämförelse med kvantitativa menar Holme et al (1997), således även i denna studie. De genomförda djupintervjuerna ledde till närhet till studieobjekten, något som inte kan uppnås vid kvantitativa undersökningar. Detta kan vara både positivt och negativt för studien. Positivt i den mening att respondenterna kan utveckla och förklara sina svar och missförstånd kan uppkläras. En negativ aspekt är att intervjuareffekten kan uppstå, vilket innebär att respondenten påverkas av intervjuaren (Arbnor et al, 1994). Detta kan leda till att respondenten känner sig styrd av intervjuaren och då inte svarar opartiskt på frågorna. Medvetenheten om detta styrde frågeformuleringarna så att våra egna åsikter inte skulle speglas i frågorna. En annan negativ aspekt är att respondenterna kan styra riktningen på intervjun och kanske undvika känsliga områden som hade varit av väsentlighet för studien. Därmed kan validiteten minska. Vi anser med stöd av Kvale (1997) att egna tolkningar av resultat i kvalitativa undersökningar är svårt, om inte omöjligt, att undgå helt. Vi är medvetna om denna verklighetsanknutna metodproblematik och har försökt att se på studien med så objektiva ögon som möjligt.

Validiteten kan delas upp i intern respektive extern validitet (Arbnor et al, 1994).

2.5.2.1 Intern validitet

Den interna validiteten behandlar vad vi mäter och huruvida det är relevant för undersökningen (Arbnor et al, 1994). Intervjufrågornas utformning sammanställdes noggrant så att kongruens uppstod mellan frågorna och uppsatsens problemformulering och syfte. Olika intervjuformulär användes för intervjuerna på sjukhusen och för de personer som arbetar och forskar inom budget i den offentliga sektorn. Redan vid förfrågan om intervjuerna vid respektive sjukhus klargjordes studiens intentioner för att öka möjligheten att vi mätte det vi ville mäta.

Frågorna till respondenterna skickades ut några dagar innan intervjutillfället med avsikt att stärka validiteten. Vi var medvetna om att detta tillvägagångssätt gav respondenterna möjlighet att anpassa svaren efter vad de trodde vi önskade och att deras spontana åsikter eventuellt inte framkom. Även i början av intervjuerna förklarade vi närmare vad studien innebar för att ge respondenten rätt väg in i intervjun. Vidare har vi intervjuat personer som får anses ha god insikt i budgetarbetet på sjukhusen i syfte att stärka den interna validiteten.

2.5.2.2 Extern validitet

Den externa validiteten innebär i sin tur i vilken utsträckning resultaten från en viss studie är tillämpbara i andra situationer än den utförda studien. Med andra ord innebär detta hur pass generaliserbara resultaten är från en vetenskaplig undersökning (Arbnor et al, 1994). Vår avsikt med studien är inte att dra generella slutsatser för alla Sveriges sjukhus, utan grundtanken är att resultatet från studien på Centralsjukhuset i Kristiansstad och Länssjukhuset i Halmstad skulle kunna vara användbart för andra sjukhus med samma förutsättningar.

3 Teori

I kapitlet redogörs inledningsvis för styrsystem i stort, för att sedan fokusera på budgeten som styrverktyg. Dess olika syften behandlas såväl som olika budgetmetoder, ansatser för budgetuppställande samt uppföljning. Contingency-teorier presenteras dels allmänt men även specifikt för budgetering vilket slutligen mynnar ut i den modell som utgör studiens referensram.

3.1 Styrsystem och budget

De flesta företag möter idag en ökande konkurrens samtidigt som privatiseringar och minskade resursramar ställer hårda ekonomiska krav på offentliga verksamheter. Faktorer såsom snabb teknologisk utveckling, ökad miljöhänsyn och lågkonjunktur med offentliga budgetunderskott har påverkat både företag och offentliga verksamheter. I korthet kan sägas att de flesta verksamheter möter allt hårdare ekonomiska villkor och för att få verksamheten att överleva har förändringar skett i företagets styrning. (Johansson, 1998/1999).

Företagens och organisationernas överlevnad beror till stor del på dess förmåga att matcha behoven hos många olika intressenter, däribland kunder, leverantörer, anställda, finansiärer och staten (Ashton et al, 1995). Därför har det under lång tid varit av centralt intresse för både chefer och forskare inom ekonomistyrningsområdet att se hur företag och organisationer styr sina verksamheter och mäter sina framgångar. Ekonomistyrssystem lämnar information som är tänkt att vara till nytta för chefer för att kunna mäta hur företaget går och hur anställda agerar. Det finns många viktiga faktorer att ta hänsyn till vid utformning av ett ekonomistyrssystem och dessa måste integreras för att verksamheten ska fungera optimalt. (Otley, 1999). Styrning innebär bearbetning av information som i sin tur resulterar i ny information. Informationen gäller företagets omvärld eller dess interna förhållanden och kan avse framtiden eller förfluten tid (Samuelson, 1989). Styrsystem innefattar enligt Samuelson (1989) huvudsakligen fyra element; strategisk ledning, programmering, budgetering och operativ styrning. Den strategiska ledningen hanterar frågor rörande företagets inriktning och omfattning i stort medan programmeringen behandlar produkt- och marknadsområden. Hur mycket resurser som finns och vad de ska användas till

tas upp i budgeteringen. Den operativa styrningen hanterar frågor gällande produktionen.

Ansari (1977) å sin sida delar in styrsystem i endast två element. Dels ett informationssystem som beskriver regler gällande mätning, insamling, behandling och överföring av information – strukturen på kontrollsystemet. Dessutom en uppsättning av sociala relationer varigenom organisationen når sina mål - kontrollprocessen. En liknade uppdelning görs av Anthony et al (1984) som menar att allokering av finansiella ansvarsenheter, exempelvis resultatenheter, är den primära strukturella delen medan kontrollprocessen är väldigt lik budgetprocessen som kommer att beskrivas längre ner i detta kapitel.

De företag och organisationer som tilldelas och/eller förfogar över resurser måste vara effektivt organiserade för att på bästa sätt uppnå största möjliga värde. Detta gäller både anslagsfinansierade verksamheter såväl som verksamheter som agerar på en marknad. Verksamheter måste ha förmågan att upprätthålla en balans mellan sinsemellan motstridiga värden och egenskaper. Enklare uttryckt ska verksamheter vara bra på flera olika saker samtidigt. En effektiv organisation kan kombinera effektivt resursutnyttjande i den pågående verksamheten med förmågan att anpassa verksamheten till förändrade förutsättningar. (Brorström, 1995). Hur företag och organisationer utvecklar styrsystem för att på bästa sätt uppnå denna effektivitet är olika och beror naturligtvis på strukturen i företaget och organisationen. Som beskrivits ovan består styrsystem av olika delar. Denna uppsats fokuserar enbart på en av dessa, nämligen budget och budgetering.

Budgetering har traditionellt varit det centrala styrverktyget för många företag. Det är en av de få styrtekniker som klarar av att integrera hela företagets räckvidd av aktiviteter i en enda rapport (Otley, 1999). Anell (1990) skriver i sin avhandling "Från central planering till lokalt ansvar – budgeteringens roll i landstingskommunal sjukvård" att budgetering är ett mycket vanligt styrinstrument och återfinns i så gott som alla former av företag. Att hitta en entydig definition på begreppen budget och budgetering är dock svårt, eftersom budgetering kan ha väsentligt olika innebörd för olika organisationer och i olika situationer. Olsson et al (2000) definierar budgeten som en plan - ett handlingsprogram för framtiden, uttryckt i ekonomiska termer. Bergstrand et al (1996) använder sig av en mer detaljerad definition, ursprungligen framtagen av Sveriges Mekanförbund, där budgeten sägs utgöra

"ett handlingsprogram för hela företaget med mål och handlingsramar för resultatenheter. Den skall omfatta förväntade konsekvenser uttryckta i ekonomiska termer. Den ska vara baserad på angivna antaganden och förutsättningar för en bestämd tidsperiod".

Budgetering avser den återkommande cykliska process i vilken budgeten fastläggs. Budgetering och budgetar är till sist förankrade i ett organisatoriskt sammanhang. Budgetinstrumentets flexibilitet är förmodligen en viktig förklaring till den spridning som styrtekniken har fått i företag och organisationer under det senaste decenniet. (Anell, 1990).

3.1.1 Budgetens syften

Budget kan utformas på en mängd olika sätt. Hur väl budgeten kommer att fungera som styrverktyg i en organisation beror på ett antal olika faktorer. Dessa faktorer utgörs av budgetens syfte och därmed också vilken roll den antar, vilken budgetmetod som väljs, arbetsgången samt hur budgetuppföljningen går till. (Lindsjö et al, 2002).

Budgetens olika syften delas vanligen in i traditionella respektive moderna syften, där de traditionella fokuserar på dokumenten medan de moderna fokuserar på processen. De traditionella syftena utgörs av planering, samordning, prognos och kontroll medan de moderna består i åtaganden, motivation och kommunikation. (Arwidi, 1991).

Traditionella syften

- Planering av företagets verksamhet under det kommande året.
- Samordning mellan funktioner, resultatenheter samt mellan resultat och finanser.
- Prognos för resultat, likviditet, balans, omsättning, personal med mera.
- Kontroll för uppföljning av de olika programmen.

Moderna syften

- Åtagande innebär att företagsledningen accepterar att delegera ansvar baserat på de prestationer som budgeteras. Budgeten innebär även en form av kontrakt för den verksamhetsansvarige att klara en viss överenskommen resultatnivå.
- Motivation uppnås genom att budgeteringen används för att skapa förväntningar och delaktighet. Effekterna kan förstärkas om belöning kopplas till budgeten.
- Kommunikation syftar på att budgeteringen används för att bidra till informationsutbyte mellan avdelningar eller mellan ledning och enhetsanställda.

Det finns även andra syften som budgeten kan ha i en organisation. Budgeten kan fungera som ett medel för såväl ansvarsfördelning som resursfördelning. Genom att använda budgeten som medel för ansvarsfördelning tilldelar man olika enheter handlingsfrihet inom uppsatta resursramar. Detta möjliggör snabba beslut utan omfattande kontakter. (Bergstrand et al, 1996).

Budgetens syfte som resursfördelare beror på vilken typ av organisation det rör sig om. Offentlig verksamhet utgör oftast en budgetkopplad organisation som tilldelas finansiella resurser direkt genom anslag i en budgetprocess. Detta i motsats till en marknadskopplad organisation som verkar på en marknad med konkurrens, där marknadspris erhålls för levererade varor och tjänster. Skillnaden mellan de ovan nämnda organisationstyperna torde vara av stor betydelse för budgeteringens omfattning. I budgetkopplade organisationer kan det löna sig för anslagsäskare att investera stora resurser i budgetprocessen, medan det i marknadskopplade organisationen inte finns något samband mellan budgeterade intäkter och de intäkter som faktiskt tillförs organisationen. (Danielsson, 1977). I de fall en marknadsmekanism saknas som kan lösa fördelningsproblematiken har alltså budgeten fått överta ett fördelningssyfte, som exempelvis inom den offentliga sektorn (Bokenstrand, 2000) .

Man brukar tala om två olika ansatser till hur resursfördelningen i den offentliga sektor kan gå till; ett behovs- och ett resursorienterat synsätt. Det behovsorienterade synsättet grundar sig på att behoven i organisationen kartläggs och att resurserna fördelas efter hur angelägna de olika behoven är. Således bestäms skattesatsen samt upplåning utifrån de samlade behoven så att utgifterna täcks. Detta har historiskt varit den vanligaste metoden. Det resursorienterade synsättet är motsatsen till det behovsorienterade. Den tillgängliga resursvolymen beräknas vartefter de behov som kan tillfredsställas inom den givna ramen fastställs. En vanlig resursorienterad modell är den så kallade rambudgeteringen. Skattesatsen och upplåningen bestäms inledningsvis och utgör sedan en ram inom vilken de totala utgifterna måste hålla sig. Utifrån denna ram fördelas nya ramar ut i förvaltningarna inom vilka deras utgifter måste hållas. Rambudgeteringen fokuserar till skillnad från behovsbudgeteringen på ekonomin istället för behoven. En nackdel med rambudgetering är att förändringar mellan åren tenderar att bli små, varvid omprövningar och förnyelse försvåras. (Brorström et al, 1990).

Det kan vara svårt att uppnå samtliga syften med ett enda budgetsysteem. Vissa av syftena kan till och med motverka varandra. Exempelvis kan planerings- och motivationssyftet vara svåra att förena. Budgetens motivationsskapande effekt varierar med svårighetsgraden på det budgetmål som sätts upp och är som störst när målen är nåbara men inte för lätta. För lätta eller för ouppnåeliga mål minskar

motivationen hos de anställda. (Anell, 1990). Man måste därför välja ett system som fyller det syfte som bäst lämpar sig, efter de förutsättningar som finns i organisationen.

Budgeten inom kommun och landsting är lagstadgad och den antar oftast traditionella roller, och då främst en planeringsroll. (Brorström et al, 1990). För att budgeten ska fungera som styrverktyg i en organisation är det viktigt att dess verkliga syfte överensstämmer med dess uttalade syfte (Samuelson, 1986). Samuelson genomförde 1986 en studie på området och kunde konstatera att det var vanligt förekommande att det uttalade syftet och det faktiska syftet inte stämde överens. Det visade sig vara vanligt att det i dokument uttalade syftet var planering medan det i verkligheten istället var ansvarsfördelning.

3.1.2 Budgetmetoder

När budgeten ställs upp kan man använda sig av en inkrementalistisk alternativt en nollbasmetod. Den inkrementalistiska metoden utgår från förra årets siffror. Nivån på intäkterna och kostnaderna justeras endast marginellt, förändringar görs för exempelvis inflation och förväntade prisförändringar. De anslag som beviljats tidigare år accepteras och årets budgetarbete blir mer förhandling mellan verksamhetsansvariga och företagsledning om vilka resurser som ska tillkomma. Budgetprocessen blir således enkel och tar förhållandevis lite tid i anspråk. (Anthony et al, 2000).

Nollbasbudgetering används framförallt för att bedöma eller ompröva kostnadsinsatser för indirekt arbete i en redan känd verksamhet. Den är således mer aktuell vid alla indirekta avdelningar än för att bedöma försäljnings- eller tillverkningsvolymerna i en tillverkande avdelning. De områden som främst kan komma ifråga för nollbasbudget är stabs- eller servicefunktioner så som ekonomi, planering, personal och så vidare. (Bergstrand et al, 1996). Modellen innebär att man mer förutsättningslöst ska ompröva alla äskanden och anslag (Brorström et al, 1990). Nollbasbudgeteringen är en total genomgång av verksamheten ur ett ekonomiskt perspektiv där i princip allt ifrågasätts. Denna budgetmetod går ut på att omfördela de gamla resurserna och fördela de nya genom att företagets ansvariga rangordnar alla möjliga åtgärder som anses vara värda att överväga.

Det största problemet med nollbasbudgetmetoden är att den tar mycket tid och är mycket resurskrävande för både den som budgeterar och företagsledningen (Bokenstrand, 1996). Nollbasbudgeten har numera fått en begränsad roll till följd av att nyttan ifrågasatts på grund av att den är så resurskrävande, varför den

vanligen fungerar som hjälpmedel i vissa företag och i vissa situationer (Bergstrand et al, 1996).

3.1.3 Budgetuppställande

Brorström skiljer på två olika ansatser för budgetuppställande, build-up-respektive break-down-budget (Brorström et al, 1990). De två typerna av budgetuppställande benämns i annan litteratur uppbyggnads- respektive nedbrytningsmetod och de svenska namnen kommer fortsättningsvis att användas. Nedbrytningsmetoden innebär att de viktiga besluten fattas i början av budgetprocessen. Ramar och direktiv uttrycks klart och tydligt redan vid upprättandet av anvisningarna. Resterande moment av proceduren ska ses som verkställande av anvisningarna och utrymmet för nya initiativ senare i processen är mycket begränsade. Budgetarbetet börjar således hos VD där ett tämligen detaljerat budgetförslag lämnas. De ekonomiska målen preciseras för de närmaste medarbetarna som i sin tur bryter ner dem i mål för sina närmaste medarbetare, nedåt i organisationen. När man nått den lägsta budgetnivån vänder processen uppåt igen och det är slutligen VD och styrelse som fastställer budgeten. (Samuelson, 1989).

Uppbyggnadsmetoden utgör motsatsen till nedbrytningsmetoden. Här kommer istället initiativen till den slutliga budgeten underifrån. Förslag som lämnats på denna nivå diskuteras med närmast överstående nivå, varpå det nya förslaget förs vidare uppåt i organisationen för att slutligen nå VD och styrelse som efter eventuella justeringar fastställer budgeten. (Samuelsson, 1989).

De båda metoderna kan även kombineras i en så kallad kombinationsmetod. I processens inledande skede tar företagsledningen en aktiv roll. Olika målsättningar och ramar för budgetarbetet skapas och förmedlas ned i organisationen i enlighet med nedbrytningsmetoden. Därefter övergår budgetarbetet till en process av uppbyggnadskaraktär. Genom denna kombinationsmetod kan ledningen behålla kontroll över budgetarbetet samt nå en hög precision i budgeten. (Bergstrand et al, 1996).

I stora företag där ledningen har svårt att få överblick används ibland iterativ budgetering. Detta innebär att budgeten omarbetas åtskilliga gånger i samband med budgetuppställandet. Initiativet ligger hos budgeterare på lägre nivå. Det framtagna budgetförslaget granskas av företagsledningen som sedan gör ett uttalande som ligger till grund för fortsatt bearbetning av budgeten. Metoden leder till mer arbete än vad uppbyggnads- respektive nedbrytningsmetoden gör men medför också en högre precision. (Bergstrand et al, 1996).

Den metod som lämpar sig bäst i en organisation är tätt sammankopplat med de inre och yttre förutsättningar som råder för verksamheten. Baserat på dessa förutsättningar skapas ett syfte med budgeten och beroende av detta syfte väljs metod. Är huvudsyftet motivation och arbetstillfredsställelse väljs lämpligen uppbyggnadsmetoden medan nedbrytningmetoden lämpar sig bäst när syftet är prioritering och resursfördelning. Kombinationsmetoden fungerar bra vid såväl samordnings- som prioriteringssyfte. (Bergstrand et al, 1996).

Nedbrytningmetoden används ofta i vid ansträngd ekonomi. Är lönsamheten däremot god uppmuntras till nya initiativ och delaktighet genom uppbyggnadsmetoden (Samuelsson 1989). Att ”rätt” metod används i förhållande till det syfte som budgeteringen har är en av förutsättningarna för att budgeten ska fungera som styrmetod. (Bergstrand et al, 1996).

3.1.4 Budgetuppföljning

Den sista fasen i budgetarbetet är att jämföra det verkliga utfallet med det budgeterade. Budgetuppföljningen har ett antal olika syften: kontrollsyfte, alarmsyfte, diagnossyfte, omplaneringssyfte samt rationaliseringssyfte (Bergstrand et al, 1996). Kontrollsyftet innebär att man ser om målen uppfyllts. Om arbetet inte fungerar enligt plan har uppföljningen en roll i att i tid slå larm, ett alarmsyfte. Diagnossyftet är att man gör en utredning om när, var och varför en avvikelse har uppstått. Diagnosen används som underlag för ett åtgärdsprogram, som utgör uppföljningens omplaneringssyfte. Slutligen innebär rationaliseringssyftet att identifiera möjliga förbättringar i verksamheten inför framtiden. Budgetuppföljningen bör utformas så att vissa krav uppfylls (Olsson et al, 2000):

- Uppföljningsrapporten bör följa budgetens uppställning för att underlätta jämförelser.
- Rapporten bör gå till den ansvarige chefen, det vill säga till den som kan påverka de kostnader och intäkter som rapporten omfattar.
- Rapportering bör ske så snart som möjligt efter utgången av den period som rapporten avser.

Uppföljningen är en av budgetens viktigaste syften (Bergstrand et al, 1996) och nästintill en förutsättning för att budgeten ska fungera som en styrmetod.

3.2 Contingency-teori om styrsystem

Styrsystem finns i de flesta organisationer och företag men de utformas olika och används på olika sätt beroende på den situation som organisationen befinner sig i. Detta ligger i linje med den så kallade contingency-teorin. Den utvecklades under mitten av sextiotalet och grundar sig på att det inte finns något universellt styrsystem som kan appliceras på alla organisationer. Snarare är det för organisationen bästa styrsystemet beroende av dess externa och interna förutsättningar.

Otley (1980) presenterar två möjliga orsaker till utvecklingen av contingency-teorin. Resultaten i en rad empiriska studier var motsägelsefulla och kunde inte förklaras av gällande referensram. Contingency-formuleringar visade sig kunna ge en lösning på problemen. Vidare utvecklades forskningen inom ekonomistyrning under sjuttioalet mot att fokusera på organisationen i sitt sammanhang. Organisationsteorier kom därför att ha inflytande på teoriutvecklingen inom ekonomistyrningsområdet. Contingency-trenden ledde till en rad studier inom området.

Forskning har gjorts för att försöka identifiera specifika faktorer i organisationens förutsättningar som påverkar designen på styrsystemet. Tre olika klasser av faktorer har identifierats; omgivning, organisationsstruktur och teknologi. En relevant faktor i omgivningen som påverkar designen av styrsystemet är graden av konkurrens. Khandwalla (1972) drog slutsatsen att styrsystemet var olika sofistikerat beroende på hur konkurrensutsatt ett företag är. Vidare menade han att olika typer av konkurrens, exempelvis pris, marknadsföring eller produktkonkurrens, hade mycket olika inverkan på vilket styrsystem som användes i produktionsföretag. Förutsägbarhet i verksamheten och antal olika produktmarknader är andra faktorer som påverkar utformningen av styrsystemet. Gordon et al (1976) visade att en hög grad av heterogenitet, det vill säga många olika produktmarknader, leder till ett decentraliserat styrsystem med många olika ansvarsenheter. Även hög förändringsgrad i verksamheten påverkar styrsystemets design då det kommer att krävas frekventa uppföljningar och fokus på prognoser snarare än tidigare resultat.

Faktorer gällande organisationsstrukturen avser storlek, decentralisering, samt tillgänglighet av resurser. Teknologifaktorer inkluderar produktionsprocessens egenskaper, dess grad av rutin, förståelse för samband mellan mål och medel samt variationen på uppgifterna. (Emmanuel et al, 1990).

Som en sammanfattning av ovanstående teori måste företaget utifrån sina externa och interna förutsättningar utforma och använda det styrverktyg som bäst lämpar sig. Först då kan organisationen uppnå effektivitet.

3.2.1 Contingency-teori om budgetering

Ett antal referensramar med utgångspunkt i contingency-teorin har publicerats i litteratur om redovisning. Några studier visar hur budgeteringen påverkas av organisationens karaktär och dess omgivning. Otley (1978) visade exempelvis att organisationen använde budgetinformation på olika sätt i tuffa omgivningar jämfört med i liberala omgivningar. Då strikt prestationsutvärdering som betonar budgetuppfyllelse var effektivt i liberala omgivningar, krävdes mer flexibla metoder i en tuff omgivning.

Ett flertal forskare inom ekonomistyrning har använt osäkerhet i omgivningen som en contingency-variabel. Deras studier har visat att det vid osäkerhet i omgivningen blir svårt att göra tillförlitliga prognoser och att det dessutom blir problematiskt att sätta budgetmål. (Bescos et al, 2003). När osäkerheten i omgivningen ökar, tenderar deltagandet i budgetprocessen att öka och budgetkontrollen blir mer interaktiv i den mening att den leder till diskussioner mellan chefer och underordnade (Ezzamel, 1990). Osäkerheten påverkar således sättet på vilket budgeten används och uppfattas. Bescos et al (2003) drar slutsatsen att kritiken mot budgeten ökar med graden av osäkerhet i omgivningen.

Ett samband mellan styrsystem och produktionsteknologi upptäcktes tidigt. Merchant (1984) har visat att graden av automatisering i produktionsprocessen hänger samman med hög grad av formalisering i budgetarbetet. Vidare har Merchant (1985) visat svaga indikationer på att benägenheten för produktionschefer att skapa budgetslack är omvänt relaterat till graden av förutsägbarhet i produktionsprocessen. Hög förutsägbarhet medför alltså låg benägenhet att skapa budgetslack Merchant (1981) har också funnit skillnader i budgeteringssystem beroende på organisationens storlek. Hans resultat visade att det i stora företag, med större diversitet och decentralisering av beslutsfattandet, var större deltagande i budgetprocessen. Inställningen var också den att det var viktigt att uppnå budget. Prestationen var således också högre i de stora företagen än i de mindre. Detta understödjer contingency-teorin på så vis att det behövs en matchning mellan storlek och sättet budgetsystemet används.

3.2.2 Externa och interna styrförutsättningar i landstinget

I jämförelse med privata företag är statens styrning mer omfattande i den offentliga sektorn än den reglering som berör privata företag. Viss verksamhet är obligatoriska och måste bedrivas på ett visst sätt. Statens inflytande, tillsammans med den offentliga sektorns breda verksamhetsområde gör att de strategier privata företag kan använda sig av vid ekonomisk kris inte är överförbara på den offentliga verksamheten. (Collin et al, 1993).

En stor del av den företagsekonomiska litteraturen som behandlar styrning gäller företrädesvis företag i privata sektorn. De viktigaste faktorerna som landstingen måste ta hänsyn till förklaras nedan.

3.2.2.1 Lagreglering

Landstinget regleras till stora delar utifrån lagar. De två främsta lagarna som reglerar landstingens verksamhet är hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt kommunallagen (1991:900). Hälso- och sjukvårdslagen reglerar verksamhetens inriktning medan kommunallagen framförallt riktar in sig på den ekonomiska hushållningen.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Landstingens ansvar är att erbjuda en god hälso- och sjukvård till dem som är bosatta inom landstinget. Inriktningen och ansvaret för landstingets verksamhet regleras i hälso- och sjukvårdslagen. Med hälso- och sjukvård menas åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Dessutom ingår sjukvårdstransporter och att ta hand om avlidna (§ 1).

Målen för hälso- och sjukvården regleras i andra paragrafen och innebär att god hälsa och vård ska ske på lika villkor för hela befolkningen. God vård innebär enligt hälso- och sjukvårdslagen att vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården. Vidare ska behandlingen ska vara lättillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal (§ 2a).

Kommunallagen (1991:900)

Den ekonomiska hållningen som krävs för kommuner och landsting kan man läsa om i kommunallagen. Målet för den ekonomiska förvaltningen är att verksamheter som bedrivs i kommuner och landsting ska ha en god ekonomisk hushållning (§ 1). Kommuner och landsting ska varje år upprätta en budget för nästkommande år och den måste upprättas så att intäkterna överstiger

kostnaderna. Innehållet i budgeten ska vara en plan för verksamheten och ekonomin (§ 4).

Några sanktioner till balanskravet finns inte och är inte heller aktuellt att införa. Kan inte kommunerna leva upp till balanskravet förväntas väljarna reglera det i samband med landstingsvalet (Pettersson, 2003).

3.2.2.2 Politikens inflytande

Berg (1988) menar att avgörande skillnader mellan privat och offentlig verksamhet är att flertalet offentliga verksamheter inte kan vara marknadsorienterade till följd av att de inte verkar i öppen konkurrens och inte genererar sina egna resurser. De har istället en politisk och en historisk uppgift som kännetecknas av att de inte kan fungera marknadsmässigt. Exempel på sådana verksamheter är polis, rättsväsende, försvar, skola och socialtjänst.

Landstinget är ett offentligt organ som är politiskt valt. I den offentliga sektorn omvandlas politikernas krav till handling. Här finns ett gränsländ där ekonomi och politik ställs mot varandra och där normer och värderingar i respektive område ska hanteras. (Brunsson, 1986). Beslutsfattandet i landsting är till stor del kollektivt, vilket gör att organisationen kan uppfattas som något diffus i bemärkelsen att ansvaret splittras mellan politiker och tjänstemän, mellan olika organ och mellan olika partier/ledamöter i samma organ. Denna kollektiva process leder till prioriteringssvårigheter och kompromisslösningar tas fram. Beslutsprocessen kan därmed vara ett hinder för strukturella förändringar i landsting. (Collin et al, 1993).

Landstinget bedriver många olika typer av verksamheter som ofta inte är relaterade till varandra, vare sig kunskapsmässigt eller verksamhetsmässigt. Denna bredd kan försvåra för politiker att få en så djup insikt i verksamheten att den kan drivas på ett meningsfullt sätt. Det, tillsammans med att politikerna sitter en kort mandatperiod och att många sköter sina uppdrag på fritiden gör att ovanstående problem förstärks. (Collin et al, 1993).

3.2.2.3 Personal

Inom hälso- och sjukvården finns en mycket stark profession i vårdpersonalen, vilket får en stor betydelse vid utvecklande av ekonomisystem i en organisation. Det som är specifikt för denna profession är att själva utövandet av professionen kräver "kunskaper som aktörer inom professionen systematiserat i en abstrakt kunskapsmassa" (Anell, 1990, s. 69). I yrkesutövningen märks det genom att deras agerande får stöd i denna kunskapsmassa, vilket gör att de får ett övertag

gentemot lekmän. Till följd av det skapas en asymmetri i den tillgängliga informationen mellan vårdpersonal och ledning, vilket kan leda till samordningsproblem vad gäller organisationens övergripande målsättning som härrör från att de flesta frågor som gäller verksamhetens utövande måste delegeras långt ned i organisationen. (Anell, 1990).

En ytterligare konsekvens av den starka professionen, vid utvecklande av organisationens ekonomisystem, är att i den medicinska professionen finns ett väl inarbetat normsystem i form av en professionell kultur. Det gör att det finns begränsade möjligheter att överföra ekonomisystemets handlingsnormer till professionens. Försök att styra professionella organisationer med hjälp av traditionella administrativa instrument är att underskatta situationens komplexitet, vilket ger en felbedömning av möjliga styrmetoder. (Anell, 1990).

Det finns olika typer av konflikter som kan uppstå bland personalen i en sjukvårdsorganisation. En så kallad pseudokonflikt uppstår när olika yrkesgrupper har svårt att kommunicera och utbyta information med varandra. Formell konflikt innebär att grupperna har förväntningar på varandras rollbeteenden som inte infrias. Dessa två konflikter kan lösas genom att grupperna kommunicerar mer och tydligare med varandra. En allvarigare konflikt är den reella konflikten, som beror på motstridiga eller oförenliga intressen mellan yrkeskategorierna. (Bruzelius et al, 2000).

3.2.2.4 Marknad och teknologi

Marknaden inom offentlig sektor existerar inte i egentlig mening då verksamheten inte verkar i öppen konkurrens. Däremot är befolkningsunderlaget av vikt för hur styrningen ska fungera. Många fasta kostnader kvarstår även om underlaget skulle svikta och situationen blir svår att styra.

Teknologin är också en viktig faktor att ta hänsyn till då den ofta medför stora kostnader plus att patientens förväntan på bästa vård leder till att allt dyrare metoder används. De som jobbar i svensk hälso- och sjukvård är vana vid att kunna göra det allra bästa och mesta för patienterna, vilket inte var svårt när Sverige tillhörde de absolut rikaste länderna. Det har idag blivit svårare för hälso- och sjukvården att hänga med i utvecklingen av medicinsk kunskapsteknologi. Viljan att ändå vara framstående i den tekniska utvecklingen har inneburit stora satsningar på nya behandlingsmetoder, vilket i sin tur lett till att man har fått minska ner på andra områden, som exempelvis att korta vårdtiden och att föra över äldre patienter från sjukhusen till kommunalt äldreboende. (Intervju med Anell, 2003-04-25, intervju med Skuja, 2003-04-29).

3.2.2.5 Konjunktur

Konjunkturen är en viktig styrförutsättning inom landstinget. Landstingets intäkter kommer till största delen via skattemedel från befolkningen. I konjunkturförändringar varierar arbetslösheten i befolkningen och löneutvecklingen för arbetstagarna. Därmed påverkas följaktligen den inbetalda skatten. Vid högkonjunktur då arbetslösheten är låg och lönerna höga ökar således landstingets intäkter och vice versa. (Landstingsförbundet, 2003b).

3.2.2.6 Arbetsätt

Landstinget är en icke-vinstdrivande organisation. Det är svårt att hitta ett övergripande och operationaliserbart mål och därmed finns stora svårigheter i att följa upp och utvärdera verksamheten. Det stora problemet är att hitta mått som tar hänsyn till olika behandlingsformer. Det pågår utveckling av olika former av hälsoindex för att lösa detta problem. I och med svårigheterna att hitta lämpliga vinstmått så uppstår även svårigheter att skapa incitament att jobba för att uppnå verksamhetens mål. Inom sjukvården har istället en annan incitamentsstruktur skapats som är mer svårfångad. (Anell, 1990).

Ett annat problem i landstinget är att det enligt lag inte finns någon möjlighet att neka akutsjukvård även om pengarna är slut, verksamheten måste fortgå. Det finns därmed krav och mål för verksamheten som inte alltid kan uppfyllas med den budget som ges. (Anell, 1990).

Ett karaktäristika för sjukvården är att den representerar en typisk serviceorganisation, där själva produktionen är sjukvård. Vården är differentierad och heterogen, sjukhusen är indelade i en mängd avdelningar som var och en producerar mycket olika behandlingar. Dessa karaktäristika måste tas hänsyn till vid utarbetning av styrsystemet i en sjukvårdsorganisation. Det finns som tidigare nämnts svårigheter att hitta relevanta resultatmått i sjukvården. (Paulsson, 1993).

3.2.2.7 Organisation

Det finns olika sätt att utforma en organisation. Det kan exempelvis handla om sättet att utforma och organisera enskilda arbetsuppgifter, sättet att fördela ansvar samt sättet att reglera förhållandet mellan chefer och anställda. I en offentlig organisation görs en organisatorisk uppdelning mellan administration och politik. Organisationens tjänstemän tar fram beslutsunderlag medan politikerna fattar beslut som sedan verkställs av tjänstemännen. Politikerna spelar sålunda en betydande roll även om tjänstemännens makt över beslutsprocessen ökat i offentliga organisationer genom så kallade medbestämmandeavtal, som ger de anställda förhandsinformation i olika frågor. Beslutsprocessen i offentliga

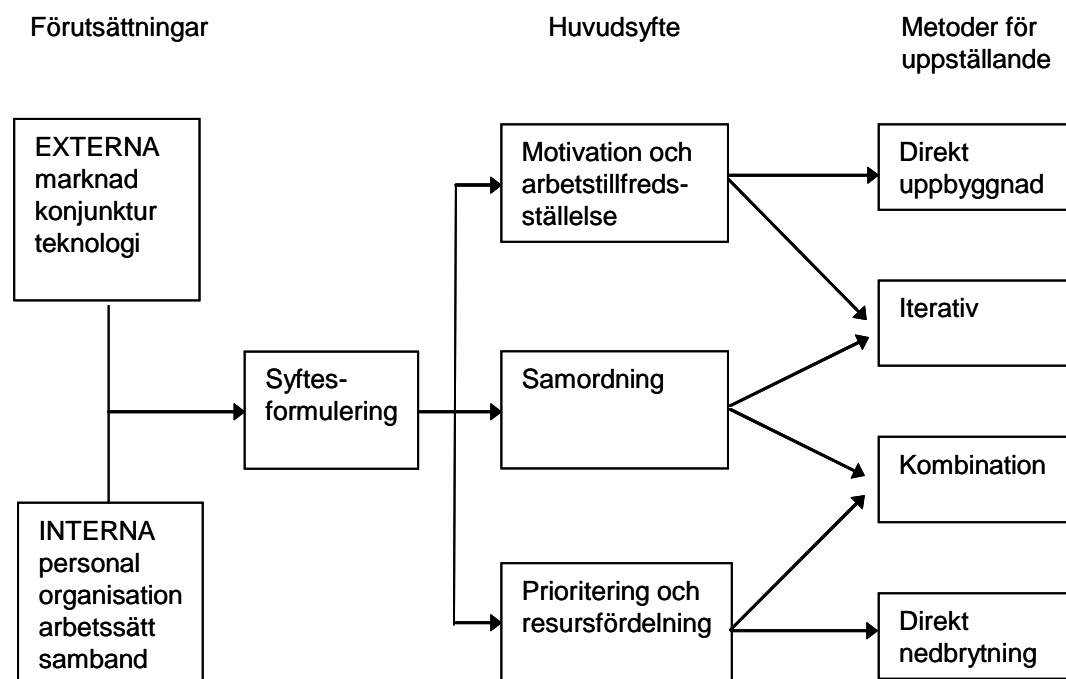
organisationer är ofta väldigt öppna för insyn från såväl personal, press och intressegrupper. (Bruzelius et al, 2000).

Den offentliga sektorns organisation kritiseras ofta för att vara byråkratisk och därmed innebära ett omständligt och fördyrande arbetssätt. Vissa anser att för mycket tid ägnas åt organisationens inre administration och för lite åt att sköta det egentliga arbetet. Många offentliga organisationer har under senare år arbetat med att förenkla den interna administrationen för att på så sätt sänka kostnader utan att försämra servicekvaliteten. (Bruzelius et al, 2000).

Traditionellt har organisationer varit hierarkiskt uppbyggda där kommunikationen sker vertikalt uppifrån och ner. Här ges medarbetarna en bristande överblick och helhetssyn i organisationen. Utvecklingen går dock mot mer tillplattade organisationer där medarbetarna får en större delaktighet. (Bruzelius et al, 2000).

3.2.3 Studiens referensram

De faktorer som diskuterats ovan är exempel på förutsättningar som måste tas hänsyn till vid utformande och användande av budgeten i företaget. Bergstrand et al (1996) har utvecklat en modell som beskriver sambandet mellan förutsättningar, budgetsyften och metod för budgetuppställande.



Figur 3.1 Samband mellan förutsättningar, syften och budgeteringsmetod (Bergstrand et al, 1996, s. 70).

För att budgeten ska fungera optimalt som styrverktyg inom organisationen krävs att man formulerar dess huvudsyfte utifrån de externa och interna förutsättningarna som råder. Utöver detta fordras att förutsättningarna fungerar i samspel med varandra. Metoden för budgetuppställande måste väljas med utgångspunkt i det valda huvudsyftet. Stämmer alla modellens bitar överens uppnås effektivitet i budgetarbetet. Vi har valt att dra modellen ett steg längre och titta på om något samband kan urskiljas mellan effektiviteten i ovanstående modell och ekonomiskt resultat i en organisation.

Modellen inkluderar inte uppföljning av budget trots att denna enligt Bergstrand et al (1996) är en av budgetens viktigaste funktioner. Budgetuppföljningen är dock en del i vår referensram eftersom en budgetprocess utan fungerande uppföljning torde leda till att eventuella budgetavvikelser inte uppmärksammas och korrigeras vilket medför att budgeten förlorar sin styrfunktion.

4 Empiri

Kapitlet inleds med en kort redogörelse för hur landstingen är uppbyggda och för hur sjukvården inom dessa fungerar. Budgetering inom landstinget belyses ur ett historiskt perspektiv, där olika modeller presenteras. Därefter delas kapitlet in i ett avsnitt för vardera länssjukhus. Respektive avsnitt behandlar den ekonomiska situationen på sjukhuset, fördelning av resurser och budgetsystem. Avsnitten avslutas med en sammanfattning av de intervjuer som utförts på sjukhusen.

4.1 Hur landstinget är uppbyggt

Sverige har tre demokratiskt valda nivåer: riksdag på nationell nivå, landsting på regional nivå och kommun på lokal nivå. Dessa har olika ansvarsområden och uppgifter och därtill har de tre nivåerna folkvalda församlingar samt en styrelse. Kommuner och landsting har ett kommunalt självstyre, vilket betyder att de som lokala enheter ombesörjer kollektivt finansierade förvaltningsuppgifter. Vidare innebär självstyret att invånarna direkt fattar beslut och kan medverka i förvaltningsprocessen genom att rösta i regelbundna allmänna val, byggda på allmän och lika rösträtt, yttrandefrihet samt partiverksamhet. Landstingen och kommunerna har offentlighetsrättsliga befogenheter som beskattningsrätt och avgiftsmakt. (Gustafsson, 1999).

År 1862 bildades landstingen i Sverige efter att en översyn av det lokala självstyret utförts. Detta innebar att invånarna nu hade egna folkvalda parlament som beslutade om viktiga frågor som rörde regionen. (Landstingsförbundet, 2003a). Sjukvård blev en av landstingens viktigaste uppgifter (Gustafsson, 1988). Det dröjde dock fram till 1928 tills det blev lagstadgat att landstingen skulle ge invånarna sjukvård och detta är utgångspunkten för dagens skyldigheter landstingen har. Under årens lopp har uppgifterna utökats för landstingen, som exempel kan nämnas att landstingen idag är ansvariga för länsbibliotek och utbildningsverksamhet. (Landstingsförbundet, 2003a). Fokus i denna uppsats är sjukvården och därmed kommer vidare beskrivning behandla uppbygganden av sjukvården i landstingen.

Det högsta beslutande organet i landstinget är landstingsfullmäktige där folkvalda politiker sitter (Gustafsson, 1999). Landstingsfullmäktige fungerar som ett landstingets riksdag. Beslut som fattas av fullmäktige är landstingets budget och skattestorlek samt val av landstingsstyrelse och nämnder som skall bereda och verkställa fullmäktiges beslut. Styrelsen kan ses som landstingets regering. Dessutom finns i de flesta landsting ett landstingsråd som fungerar som ordförande för styrelsen. Landstingsstyrelsen kan delegera särskilda befogenheter till landstingsråden. (Landstingsförbundet, 2003a). Enligt kommunallagen (1991:900) skall landstingsfullmäktige tillsätta nämnder, som utöver styrelsen behövs för att fullgöra landstingets uppgifter enligt särskilda författningar och för verksamheten i övrigt. Nämnderna ska också verkställa de beslut som fattats.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska varje landsting erbjuda en god hälso- och sjukvård på lika villkor för befolkningen som är bosatta inom landstinget. Sjukvården är indelad i tre nivåer; nämligen primärvård, länssjukvård och regionsjukvård. Enligt en strukturell modell, HS 80, är ansvaret mellan dessa nivåer delat (Socialstyrelsen, 1976). Primärvården är ansvarig för den grundläggande medicinska hjälpen genom öppenvårdscentraler. När de medicinska resurserna i primärvården är otillräckliga för en patient skickas denne vidare till läns- eller regionsjukvården. Länssjukvården drivs genom länssjukhus och flera länsdelsjukhus, där man har kompetens och medicinsk utrustning som täcker praktiskt taget alla sjukdomsområden som kirurgi, medicin, barn och kvinnosjukdomar och ortopedi och så vidare. Regionsjukvården är ansvarig för en minoritet av patienterna som har mer komplicerade och sällsynta sjukdomar och kräver speciell vård. (Paulsson, 1993).

Primärvården och länssjukvården styrs separat i varje landsting, medan regionsjukvården ordnas i samarbete med ett antal landsting. Anledningen till att hälso- och sjukvården är indelad i läns- och regionsjukvård är delvis för att befolkningsunderlaget i Sverige inte är tillräckligt stort för att behålla den kompetens som behövs inom vissa medicinska områden. (Paulsson, 1993).

4.2 Budgetsystem i landstinget

Landstingets styrsystem kan beskrivas i både strukturella och processuella termer. Den strukturella delen tar fokus på hur resurserna fördelas inom landstinget, på sjukhus och kliniker, samt hur ansvarsfördelningen och organisationens informationsstruktur fungerar. Den processuella delen beskriver aktörerna i styrsystemet och hur de agerar. (Anell, 1992). Vi kommer nedan att beskriva enbart de strukturella delarna i styrprocessen då det är dessa som är av intresse för uppsatsen.

Landstingsfullmäktige beslutar varje år storleken på landstingsskatten som de ska ta ut av medborgarna inom landstinget. Det är skatteintäkterna tillsammans med landstingets övriga intäkter, avgifter och bidrag, som ska fördelas ut på de olika verksamheterna landstinget bedriver. (Bokenstrand, 1996). Under landstingsfullmäktige finns, som tidigare nämnts, ett system med nämnder och styrelser med tillhörande förvaltningsorgan. Fördelningen från landstingsfullmäktige/styrelse till de olika nämnderna och från nämnderna till sjukhusen och deras olika verksamheter inom landstinget kan ske utifrån flera olika modeller. Principer och strukturer för resursfördelningen har förändrats över tiden. (Anell, 1992). Sju modeller vad gäller budgetreformer inom landstinget är identifierade och presenteras nedan; L-planen, programbudget, rambudget, verksamhetsinriktad budget, befolkningsbaserad resursfördelningsmodell, köpsäljmodell samt prestationsbaserad ersättning och totalt kostnadsansvar.

4.2.1 L-planen

L-planen presenterades 1971 av Landstingsförbundet i form av rekommendationer om ett budgeterings- och redovisningssystem för landstingen. Utgångspunkten var att budgetens roll skulle fungera som ett planerande och styrande instrument. (Anell, 1989). Landstingen skulle härigenom få en gemensam kontoplan samt enhetliga principer för redovisning. Kostnadsställen infördes och målet med detta var att ansvaret för kostnaderna skulle breddas. I L-planen rekommenderades också landstingen att påbörja budgeten på kostnadsställsnivå på grund av att denna uppbyggnadsmodell skulle ge personalen möjlighet att medverka i budgetarbetet. Arbetet skulle således inledas med att budgetera prestationer vid varje kostnadsställe. L-planen tilldelade budgeteringen en planerande roll för att möta landstingens väntade snabba tillväxt. (Anell, 1990).

4.2.2 Programbudget

I samband med utvecklingen av L-planen väcktes intresse för den så kallade programbudgeteringen. En förstudie visade att programbudgeteringen skulle vara ett bättre administrativt planerings- och styrinstrument än vad dåvarande budgetsystem var. Budgeteringsmodellen gick ut på att verksamheten delades in i program där mål satts upp som relaterades till organisationens övergripande målsättning. Syftet med programbudgeten var att koppla enskilda aktiviteter till verksamhetsprogrammen och målen för dessa. Budgetens planeringsroll var således central för programbudgeten. (Anell, 1989). Införandet av programbudgetering i övrig offentlig förvaltning visade sig bli ett stort misslyckande varför modellen aldrig infördes i svensk sjukvård. Anledningen till

att programbudgeteringen inte fick avsedd effekt var bland annat brister i implementeringen och för högt ställda förväntningar som inte kunde infrias. (Anell, 1990).

4.2.3 Rambudget

På sjuttioalet skedde en kraftig utbyggnad av sjukvården med stora omorganisationer som följde vilket ledde till att man också påbörjade förändring av budgetsystemen. Vårdinstitutionerna blev indelade i geografiska områden så kallade sjukvårdsdistrikt. I samband med detta bands budgetanslagen till sjukvårdsdistrikt istället för som tidigare på vårdinstitutioner. (Anell, 1990).

Rambudgetering innebär att de finansiella förutsättningarna kartläggs och beslut om skattesatsen och upplåning tas. Därefter bestäms ramarna till olika förvaltningar. Detta utgör den totala ramen landstinget har att röra sig med och utifrån det tilldelas de olika nämnderna egna finansiella ramar (Brorström et al, 1990, intervju med Skuja, 2003-04-29). Rambudgeteringen innebär att budgeten är resursorienterad, och den finansiella situationen är utgångspunkt i budgetarbetet.

Utvecklingen mot rambudgetering påbörjades i landsting som Bohus, Malmöhus och Östergötland under senare delen av sjuttioalet och numera tillämpar i stort sett alla landsting någon form av rambudgetering för resursfördelning mellan landstinget centralt och distrikten. Rambudgeteringen infördes i flera landsting som ett sätt att möjliggöra delegering av ansvar och befogenheter. Utfallet har dock visat att det främst är det ekonomiska ansvaret som delegerats till ledningen av olika distrikt. (Anell, 1990). En nackdel med rambudgeten är att den inte ger sjukhus och kliniker incitament att öka produktionen, utan de riskerar istället att överskrida budgeten om de tar emot fler patienter (Anell, 1992).

4.2.4 Verksamhetsinriktad budget

Efter en utredning gjord av Landstingsförbundet i början av åttiotalet ansåg man att budgetens roll som politikernas instrument för påverkan var tvungen att stärkas. Man ville anpassa L-planen till de förändringar som skett i landstingets miljö sedan planen introducerades. Tidigare rekommendationer skulle därmed utgå och landstingen skulle istället binda budgetanslag till varje sjukvårdsdistrikt uppdelat på olika verksamhetsområden. Inom varje verksamhetsområde skulle sedan anslag fastställas för personal, övriga kostnader samt kapitalbudget. Denna förändring syftade till att öka politikernas möjligheter att styra och påverka verksamhetens inriktning. (Anell, 1990).

4.2.5 Befolkningsbaserad resursfördelningsmodell

Utvecklingen gick i början på nittiotalet mot att fördelningen av resurser till landstingen skedde utifrån hur befolkningen var sammansatt i varje distrikts upptagningsområde. Fördelningen skedde då utifrån befolkningens storlek och åldersfördelning. Då vissa distrikt inte tillhandahåller all typ av vård fick dessa således köpa tjänsten från andra distrikt. I och med detta kom man i ökad utsträckning att använda sig av internprissättning för att sammankoppla tjänsteflöden mellan distrikten. (Anell, 1990). En köp-sälj relation skapades mellan olika distrikt vilket syftade till att öka marknadstänkande och konkurrens, och i slutändan minska kostnaderna. Förutsättningen för att modellen ska fungera är att intäkterna har en reell innebörd så att inte modellen blir en "låtsasaffär" mellan distrikten. (Jarefors, 1991).

Den befolkningsbaserade resurstilldelningsmodellen har stora likheter med behovsbudgeten som bland andra Bokenstrand (1996) skrivit mycket om. Vid behovsbudgetering kartläggs organisationens behov och resurserna fördelas utifrån angelägenhetsgrad. Man utgår från de befintliga resurserna organisationen. Ett tydligt samband finns mellan behovskriterier i en organisation och det servicebehov de avser att mäta. Modellen syftar också till att de inblandade ska vara medvetna om och förstå på vilka grunder resursfördelningen står. I praktiken fungerar behovsbudgeten så att varje nämnd får ett anslag utifrån vissa förutbestämda kriterier att disponera över. Dessa kriterier ligger till grund för fördelningen av pengar utifrån exempelvis antal barn, åldersfördelning antal pensionärer socialbidragstagare, antal äldre med mera. (Bokenstrand, 1996).

4.2.6 Köp-säljmodell

Denna modell strävar mot en marknadsorientering med landstingen agerar som privata företag och där kundorientering och konkurrens eftersträvas (Collin et al, 1993). Landstingets organisation delas här in i två delar, en politisk organisation och en professionell utförarorganisation. Den politiskt baserade beställarorganisationen har till uppgift att genom beställarnämnder beställa sjukvård för sin befolkning. De kan välja om de vill beställa vården från landstingets utförarorganisation (producenterna) eller annat privat företag. Beställningen av vården bekräftas i avtal. De sammanlagda beställningarna utgör ramen för intäkter som den enskilde producenten har att röra sig med i sin verksamhet. Här kan problem uppstå med att styra patientströmmarna inom landstinget, så att befolkningen utnyttjar vården där den är beställd. (Gustafsson, 1999).

Denna modell finns på två nivåer inom sjukvårdsorganisationen. Den ena nivån är relationen mellan sjukvårdsdistrikten inom ett och samma landsting. Exempel på det är att landstingsledningen fördelar alla resurser till primärvården som sedan får köpa vård av olika nivåer i "vårdkedjan". Den andra nivån är mellan basenheter inom ett sjukvårdsdistrikt. På denna nivå kan distriktledningen fördela pengar till kliniker och vårdcentraler som sedan får köpa vård av olika serviceenheter så som röntgen. (Collin et al, 1993, Anell, 1992).

4.2.7 Prestationsbaserad ersättning och totalt kostnadsansvar

Som en följd av köp- säljmodellen och friare patientströmmar inom landstinget har den prestationsbaserade ersättningen vuxit fram. Den innebär att ett resultatansvar och producenterna av vården det vill säga sjukvårdsdistrikt och sjukhusen, utvecklas till resultatenheter. Syftet med detta är att främja hög produktivitet genom att ersättningar lämnas för utförda prestationer och en intern marknad skapas. I utvecklingen av resultatansvar har ansvaret delegerats från sjukhusledningen till kliniker på sjukhusen. Under 1991/1992 använde sig 55 av 88 undersökta sjukhus sig av resultatenheter i någon form. (Anell, 1992).

Kritik mot resultatstyrning har framförts i litteraturen. Det är att det finns risk till alltför kortsiktigt tänkande och att aktörerna ensidigt lägger fokus på det som omfattas av resultaträkningen (Anell, 1992).

Vid en utveckling av resultatenheter och det interna debiteringssystem som finns på sjukhus har en form av system för att ersätta klinikerna utifrån vad de åstadkommer vuxit fram, ett prestationsbaserat ersättningssystem, DRG-system (Diagnosis-Related Groups). Systemet är utvecklat i USA och innebär att kliniker får ersättning utifrån de prestationer de faktiskt utför beräknat utifrån exempelvis diagnos och behandling. (Paulsson, 1990). Syftet med DRG-systemet är att skapa incitament för klinikerna att hushålla med resurserna, vilket ska ske genom att de vill producera mer av de prestationerna avser. Ersättningen till kliniken för den prestation de gör är satt i förväg utifrån ett snitt för vad en behandling av en patient med en viss diagnos kostar. Det innebär att kan kliniken korta vårdtiden eller göra behandlingen mer effektiv så går de med vinst. Vid införandet av DRG-systemet i USA fick man en sänkning av den genomsnittliga vårdtiden med 14,6 procent mellan 1982 till 1985. (Folland et al, 1997). Det finns förstås nackdelar även här. Skulle kliniken få betalt per vård dag finns incitament att skapa långa vårdtider, vilket inte kan vara önskvärt. För att fungera optimalt bör ersättningen utifrån färdigbehandlad vårdepisod eller verksamhetens verkliga resultat, men för att få fram det kommer det administrativa kostnaderna överstiga nyttan. I USA har

den största kritiken rört sig runt ersättningssystemets effekter på kvalitet och patient-läkarrelationen. (Anell 1992). Enligt studier gjorda i USA 1987 och 1988 har man inte kunnat hitta bevis för kvalitetsförsämringar i samband med att DRG införts (Folland et al, 1997).

Den prestationsbaserade ersättningen skapar starkt intresse att utöka produktionen. Detta kan leda till stora problem, särskilt i kombination med fritt vårdsökande och fria patientavgifter, då vårdens totala kostnader kan bli svåra att kontrollera. (Anell 1992).

4.3 Centralsjukhuset i Kristianstad

I Skåne län bor det 1 145 090 invånare varav 74 951 bor i Kristianstad, 31 december 2002 (Statistiska Centralbyrån, 2003). I Region Skåne finns 10 sjukhus där Centralsjukhuset i Kristianstad är ett av fyra kompletta akutsjukhus i regionen. Region Skåne styrs idag av ett samarbete mellan Socialdemokraterna, Miljöpartiet och Vänsterpartiet (Region Skåne, 2003).

4.3.1 Ekonomisk situation i Region Skåne och Centralsjukhuset i Kristianstad

Den ekonomiska situationen i Region Skåne får betraktas som mycket allvarlig. Årets resultat har varierat markant under en fyra års period. (se tabell nedan)

Årets resultat i Region Skåne (Årsredovisning för Region Skåne, 2001 och 2002).

	2002	2001	2000
Årets resultat (miljoner kronor)	-1744	-1 047	-436

Resultatet för centralsjukhuset i Kristianstad har varierat kraftigt de tre senaste åren. Under 2002 gick de med förlust på 51,4 miljoner kronor. En stor del av de dåliga resultaten kan förklaras med att sjukhuset är ett fullt utrustat akutsjukhus som skulle klara av att betjäna en stor befolkningmängd. De senaste åren har dock invånarantalet sjunkit kraftigt men sjukhuset har inte anpassat sin struktur efter det, varför det nu har överkapacitet i många områden och intäkterna minskar. (Lindsjö et al, 2003).

Årets resultat Kristianstad (Årsredovisning för Region Skåne, 2001 och 2002).

	2002	2001	2000
Årets resultat (miljoner kronor)	-51,4	-140,7	0,5

4.3.2 Fördelning av resurser i Region Skåne

Region Skåne har tidigare använt sig av en befolkningsbaserad resursfördelningsmodell som byggde på data från Statistiska Centralbyrån. Dessa data användes som underlag till hur Regions Skånes totala skatteintäkter skulle användas i regionens hälso- och sjukvårdsenheter. För att fördela resurserna till sjukhusen användes köp- säljmodellen. (Intervju med Bengtsson-Rijavec, 2003-05-16).

Sedan maktskiftet 2002 har Region Skånes budgeteringssystem förändrats. Den nya koalitionen ansåg att köp-säljmodellen försvårade förutsättningarna för samordning av resurser i regionen, vilket de ansåg vara en orsak till det stora överskridandet av budgeten inom hälso- och sjukvården. Dessutom fungerade resursfördelningen inte bra då ingen hänsyn togs till organisatoriska faktorer. Som nämnts ovan har sjukhuset en liten befolkning i förhållande till storleken och verksamheten de bedriver på sjukhuset vilket är en orsak till att de går med underskott. (Intervju med Bengtsson-Rijavec, 2003-05-16). Nu vill man istället rikta styrningen mot en större kostnadskontroll jämfört med tidigare. Hälso- och sjukvården är indelad i fem distriktsnämnder. Varje nämnd företräder medborgarnas intresse av hälso- och sjukvård samt beslutar om prioriteringar för att uppnå målen som finns för varje sjukhus. Modellen att fördela utifrån befolkningsstruktur håller på att förändras och inför 2004 ska det nya förslaget vara färdigt. (Region Skåne, 2003).

Inför budgeten 2003 användes en anslagsmodell där kostnaderna från september 2002 fungerade som bas och resurserna fördelades utifrån det. Därutöver lades extra resurser på sådant som skulle genomföras under året men ej tidigare ingått i budgeten. Ett kostnadstak fanns dessutom för verksamheten. Budgeten för 2003 blev kraftigt försenad dels på grund av maktskiftet i regionen och dels för att det har beslutats om stora besparingskrav. (Intervju med Bengtsson-Rijavec, 2003-05-16)

Inför budgeten 2004 har man kostnadsstyrning utifrån sju områden; akutsjukvård, närsjukvård, planerad vård, högspecialiserad vård med flera. Hur kostnaderna ska fördelas inom varje område är ännu inte bestämt. (Intervju med Bengtsson-Rijavec, 2003-05-16).

Fördelningen från distriktsnämnderna till sjukhusen sker utifrån vad sjukhusen ska göra enligt distriktsnämndens direktiv (Intervju med Bengtsson-Rijavec, 2003-05-16).

4.3.3 Budgetsystemet på Centralsjukhuset i Kristianstad

Centralsjukhuset i Kristianstad är ett komplett akutsjukhus. Sjukhusets uppdragsgivare är nämnden för nordöstra Skånes sjukvårdsdistrikt som företräder befolkningen i Kristianstad, Hässleholm, Östra Göinge, Bromölla och Perstorps kommuner. Antal anställda på sjukhuset är 2 350 och deras balansomslutning var 1 123 miljoner kronor. (Region Skåne, 2003).

Under budgetåret 2002 användes en köp- säljmodell, där en viktig del i budgetarbetet är sjukhusledningens överenskommelse med beställarnämnden som reglerar vilken vårdproduktion som förväntas utföras i sjukvårdsdistriktet under året. Denna överenskommelse har föregåtts av diskussioner på sjukhuset, där genomgång av klinikernas verksamhetsvolymmer och köer inom varje specialitet utretts. (Intervju med Larsson, 2003-05-07).

Från och med 2003 är fördelningssystemet i regionen och på sjukhuset förändrat. Distriktsnämnderna tar ett ansvar för sjukhusets budget på en övergripande nivå, vilket de inte gjort tidigare. För 2003 har en enklare överenskommelse gjorts om vad som ska utföras på sjukhuset och sjukhuset har tilldelats en fast summa för att kunna uppnå de överenskomna målen. Överenskommelsen gäller ett visst antal vårdtillfällen inom varje verksamhetsgren, exempelvis kirurgi och medicin. Det är därmed en prestationsbaserad ersättning som räknas om till en fast summa som sjukhuset får. Det innebär att sjukhuset numera alltså inte kan tjäna på att öka produktionen, vilket var möjligt i köp-säljmodellen. Förändringen infördes som en direkt följd av landstingets dåliga ekonomi, i syfte att få kontroll på kostnaderna. (Intervju med Larsson, 2003-05-07).

När sjukhuset tilldelats en fast summa startar budgetarbetet. I mitten på november skickas budgetanvisningarna ut till klinikerna, med förutsättningarna för det interna budgetarbetet och med direktiv för hur budgetarbetet ska gå till. Sedan en tid tillbaka används balanserat styrkort som styrmedel. Det innebär att varje verksamhet fyller i ett styrkort med fem perspektiv: kundperspektivet, processperspektivet, medarbetare, förnyelse, utveckling och ekonomi. För varje perspektiv beskrivs de strategiska målen. Utifrån den inleds budgetdiskussioner där samtliga enheter tillsammans med sjukhuschef, ekonomichef, en budgethandläggare, ekonom, verksamhetschef, och kvalitetscontrollern medverkar. I dessa budgetdiskussioner fokuseras mycket på verksamheten och inte så mycket på pengarna. I diskussionerna tas verksamhetens karaktär upp, hur verksamheten ska bedrivas och hur den kan utvecklas. Klinikerna har ett visst resultatansvar, men sedan 2003 ser det mer ut som ett totalkostnadsansvar. (Intervju med Larsson, 2003-05-07).

Från 2003 blir klinikerna tilldelade en ekonomisk ram som de ska hålla sig inom. Personalkostnaderna står för cirka 70 procent av klinikens kostnader, därefter läggs ramarna för klinikens omkostnader till och det är framför allt här det finns utrymme för att omskapa budgeten. (Intervju med Larsson, 2003-05-07).

Någon form av belöningsystem finns inte på sjukhuset. Skulle kliniken under året inte lyckas hålla sig till budgeten så samtalar verksamhetschef med sjukhus- och ekonomichef och diskuterar vad de ökade kostnaderna beror på och hur det ska åtgärdas.

4.3.4 Intervjuer gjorda på Centralsjukhuset i Kristianstad

4.3.4.1 Budgetens huvudsyfte

Ekonomer

Ekonomerna vid Centralsjukhuset i Kristianstad är eniga om att det främsta syftet med att budgetera är prioritering och resursfördelning. Mer utvecklat kan sägas att budgeten syftar till att fördela resurser och utifrån det ska man ska agera. Det finns flera andra viktiga syften med budgeten. Några som nämns är att den fungerar som en ekonomisk plan över det kommande året och att budgeten även har en samordningsaspekt. Andra viktiga aspekter som anges är motivation och arbetstillfredsställelse för medarbetarna, att man känner att man är delaktig i de ekonomiska förutsättningarna för verksamheten. Det skapar även en sorts kontaktyta med medarbetarna när man jobbar med budget.

Båda anger vidare att det finns vissa delar av sjukhuset som har svårt att styra och planera sin verksamhet och nämner akutmottagningen som exempel. Det kan räcka med några svåra akutfall och följaktligen krävs extra resurser, material och övertid för personal vilket gör att budgeten snabbt spräcks.

Verksamhetschefer

Även bland verksamhetscheferna anges att huvudsyftet med budgeten är resursfördelning, kliniken måste få fördelat de resurser som behövs för att bedriva verksamheten. Vid budgetdialoger med bland andra ekonomi- och sjukhuschefen framförs de behov som finns vad gäller antal läkartjänster, sekreterartjänster, antal vårdplatser och så vidare som behövs för att en klinik ska kunna bedrivas. Budgeten är alltså även ett kommunikationsmedel där kliniken får en ram att hålla sig inom och verksamhetschefens uppgift blir att se till att kliniken håller sig inom denna.

4.3.4.2 Budgetprocessen

Ekonomer

Budgeten fastställdes centralt först i november vilket gjorde det mycket svårt att hinna klart med budgeten på sjukhuset till årsskiftet, vilket annars är önskvärt. De tre senaste åren har budgeten för innehavande år varit klar vid halvårsskiftet, vilket inte upplevdes som bra. Under budgetarbetet för 2003 diskuterades sjukhusets förutsättningar för budget under veckorna två till fyra, 2003. Därefter arbetade man fram en budget under en mycket tidsbegränsad period på två månader. Under veckan intervjuerna genomfördes hölls budgetdialoger med verksamhetsansvariga och sjukhuschefen. Sedan Region Skåne fått det mycket kärt ekonomiskt ansåg en av ekonomerna att budgetprocessen blivit mycket kortare. En orsak kan vara att man varit osäker på hur man ska gå tillväga för att komma tillrätta med budgetunderskotten.

Att budgeten för året är klar först vid halvårsskiftet för samma år som den ska gälla ser båda ekonomerna som ett problem, eftersom budgeten då inte kan fungera som en styrmekanism. Orsaken till det sena budgetarbetet bottnar i att den centrala budgeten inte läggs fast i juni som planerat, utan först i november, vilket gör att sjukhuset får sina ramar en bit in i januari och då inte hinner göra sin budget i tid.

Budgeten läggs av varje kliniks ekonom tillsammans med verksamhetschef och avdelningschef. Vissa verksamhetschefer delegerar mer av budgetarbetet än andra till klinikekonomen beroende på vilken ambitionsnivå de har, vilket intresse de har för ekonomiska frågor samt hur stor deras övriga arbetsbelastning är.

Ekonomerna var eniga om att metoden som sjukhuset använder sig av vid budgetuppställande är en ren nedbrytningsmetod. Klinikerna erhåller en intäktsram och en kostnadsram som ska brytas ned till olika kostnadsställen. Tidigare har det funnits en del inslag av uppbyggnadsmetod. Det sades också att de tror att uppbyggnadsmetoden skulle fungera bättre för att bättre kunna implementera budgeten ute i verksamheten och därmed få en ökad acceptans. När nedbrytningsmetoden används kan det upplevas att verksamheterna inte har uppfattningen av vad ekonomerna sysslar med utan bara lagt en ram för vad de tror behövs vilket gör att de inte bryr sig om budgeten. Då tappas ekonomistyrningsaspekten.

På sjukhuset har man provat nya varianter på uppföljning varje år de senaste åren. Uppföljning från sjukhus till regionen och distriktsnämnden lämnas varje månad. Då redovisas resultatet för detta är jämfört med samma period året innan. Man

tittar på det utfallet gentemot budget och var eventuella avvikelser ligger. Här redovisas också antal DRG-poäng, antal vård dagar, personalnärvaro med mera.

För 2003 begär man in en enklare uppföljning från klinikerna fem gånger per år utifrån en färdig mall med uppgifter om verksamheten, personalsituation och ekonomi. Vid varje tertialbokslut lämnas en mer omfattande rapport utifrån det balanserade styrkortet, hur långt man kommit i sin handlingsplan utifrån de fem perspektiven. De får därmed två ordentliga uppföljningar under året.

Uppföljningen av budgeten på klinikerna sker månadsvis, då klinikekonomerna tar fram underlag till verksamhetscheferna. Klinikekonomen och verksamhetscheferna träffas varannan månad för att gå igenom ekonomiska och statistiska uppgifter. Det görs två större uppföljningar per år, så kallade tertialuppföljning, efter april och augusti, då en mer omfattande uppföljning sker in i detalj. Sedan balanserade styrkortet infördes kommer uppföljningarna baseras på balanserade styrkort-principen.

De kliniker som har stora avvikelser gentemot budget får dels göra en skriftlig avvikelse rapport och kommentera situationen. Förra året gjorde man så att efter årets första fyra månader hade ekonomichefen en uppföljningsträff verksamhetschef på varje klinik. Efter ytterligare några månader utvärderades budgeten för de kliniker som hade störst avvikelse och man gick igenom verksamheten särskilt med dem.

Verksamhetschefer

Båda verksamhetscheferna angav att tidsramen för när budgeten ska vara klar har varierat från år till år, allt från januari till maj. För 2003 påbörjades budgeten sent och den var inte hundraprocentigt klar under intervjutillfällena, då budgetramarna ännu inte var fastställda. De ansåg ändå att de i stort sett visste vilka ramar de har att hålla sig inom eftersom de använder samma kostnadsuppräknings och indexuppräknings som år 2002. Det hade dock varit bättre om budgeten var färdig direkt i början av året så att tid fanns till att diskutera budgeten för att se om den var rimlig.

En av verksamhetscheferna berättade att en fördel med budgetarbetet är att man genom budgetprocessen får en genomgång av produktionen och vad man gjort, vilket ses som positivt men arbetsamt och tidskrävande. Uppföljningen ansågs framförallt vara till för att veta hur man ligger till, ekonomiskt och produktionsmässigt samt för att se om köerna minskat.

Vidare nämndes att till följd av förändringar i verksamheten genom omorganisationer och kostnadsförändringar, är budgeten svår att följa. Det är

många felkällor i budgetarbetet då verksamheten inte alltid går att planera, och en ständig ökning av produktionen gör det svårt att styra. Vidare sades att verksamheterna är hårt pressade och det upplevs som om underskotten måste försvaras. Det är jobbigt att driva en verksamhet som praktiskt taget aldrig går med vinst och det finns ingenting som kan göras för att påverka detta. Vård av patienter ses som det primära att sköta. Utöver detta ska personal hållas motiverad så att de ska veta att de ger god kvalitativ vård och ha en bra arbetsmiljö så att de stannar kvar. Att få det hela i balans med budget är inte lätt och det är sällan det blir överskott.

I det lilla perspektivet fungerar budget och budgetprocessen tämligen bra på sjukhuset, menade en av verksamhetscheferna, då det funnits processer som fungerat väldigt dåligt runt om i nuvarande Region Skåne. Om det fungerar bra eller ej beror mycket på huruvida klinikekonomen kan hjälpa till att analysera siffrorna. Kvaliteten på klinikekonomerna skiljer sig mycket i Skåne. Vidare sades att det kan kännas frustrerande att kliniken ska ha höga kostnader för utnyttjade tjänster på andra enheter inom sjukhuset och därmed inte går att styra över. Detta ansågs dock vara ett mindre problem då sjukhusledningen är medvetna om detta och det inte påverkar sjukhuset som helhet.

En av verksamhetscheferna menade att budgeten startar både uppifrån och nedifrån. Att de jobbar från båda hållen, i år får de anslag uppifrån, men samtidigt arbetar de nedifrån då de utgår från tidigare utfall och ser hur mycket de olika delarna av verksamheten kostat att bygga upp. Man bygger nedifrån men samtidigt har man en totalsumma man måste landa inom.

Den andra verksamhetschefen ansåg att det var en ren nedbrytningsmetod, eftersom sjukhuset får en budget tilldelat centralt uppifrån och sen fördelas pengarna ut. Påverkningsförmågan är väldigt liten och förståelsen för att sjukhusledningen inte kan ge någon tillgång till detta är stor. Sjukhuset har stora kostnadsökningar och skulle en verksamhetschef begära ökning av budgetmedel så finns inga pengar att ta av. Varena tjänst, deltjänst eller investering måste argumenteras väldigt hårt för att få, så det är lite som kan göras för att öka klinkens ramar. Besparingar och kostnadsreduktioner finns konstant med i medvetandet och det gäller sjukhuset i stort, vilket inte är konstigt eftersom sjukhuset har gått med underskott de senaste tio till femton åren. En viktig del i budgetarbetet är att det måste finnas en dialog. Det går inte att styra från avdelnings- och kliniknivå och uppåt utan det måste vara så att man delar ut pengar till sjukhusledningen och så får de fördela pengarna vidare till de olika enheterna. Dock skulle motivationen kunna bli bättre för budgetprocessen om verksamhetscheferna fått större inflytande, men kostnadsökningarna har blivit mycket större än de är idag.

Vidare sades att om ekonomin hade varit god så skulle uppbyggnadsmetoden fungera bra. Sjukvården byggdes under 80-talet upp på uppbyggnads-principen. Under 90-talet och idag har utvecklingen fortsatt, där cheferna och de medicinskt ansvariga har fortsatt att utveckla vården enligt de medicinska kriterierna, men det har varit väldigt svårt att få kostnadstäckningen parallellt med det. Det har uppkommit en diskrepans mellan hur kostnaderna och den ökade medicinska utvecklingen samt pengainflödet i verksamheterna.

Det finns både fördelar och nackdelar med båda metoderna. I en god ekonomi skulle en uppbyggnadsmetod fungera bättre, då man kan se vad man vill göra och lättare få igenom sina krav. Då ekonomin är dålig har man en totalsumma att arbeta med och då måste totalsumman hållas.

Budgeten följs upp varje månad. Där stämmer man av hur man ligger till. De månatliga uppföljningarna är enkla och varje tertiäl sker en mer omfattande uppföljning, då även det balanserade styrkortet följs upp. Vid uppföljningen motiveras varför kliniken går plus eller minus i förhållande till budgeten, dessutom görs en prognos för resterande året. Skulle budgeten ha överskridits sker en diskussion med sjukhusledningen där man muntligen får förklara vad som hänt, varför och vilka åtgärder man förväntas vidta.

Uppföljningen ansågs vara nödvändig för att stämma av hur man ligger till, både ekonomiskt och produktionsmässigt, exempelvis om det har uppstått nya köer.

4.3.4.3 Budgeten som styrverktyg inom landstingssektorn, brister och eventuella alternativ

Ekonomer

Båda ekonomerna menade att om en rätt budget läggs och med rätt budget menas en budget som är anpassad till verkligheten där den personal man faktiskt har anställd är budgeterad för, då får man goda förutsättningar för en optimal ekonomistyrning. När budgeten dessutom är känd nere i organisationen, så att de är medvetna om vilka pengar de har att röra sig, med ökar förutsättningarna för att den ska hålla. Den ansträngda ekonomin i Region Skåne medför att det i många fall läggs en budget vid årets början som man vet inte kommer att hålla. I dessa fall angav ekonomerna att budgeten blir ett dåligt styrsystem.

Båda ekonomerna upplevde att det är ont om tid i budgetprocessen på sjukhuset och Region Skåne med centrala anvisningar som kommer sent, vilket gör det svårt att hinna arbeta igenom budgetförslagen och implementera dem i verksamheten. En av dem påpekade också att själva anslaget måste anpassas till att få en balans

mellan intäkter och kostnader i budgeten, vilket ekonomen inte anser finns idag. De förbättringar som krävs i budgetarbetet är att få ut budgetanvisningarna i tid och därmed ge mer utrymme för budgetprocessen.

Ett problem med budgetering ansågs vara personalbudgeteringen. Klinikerna förfogar inte över personalbudgeten eller möjligheten att anställa folk. De har inte heller möjlighet att inrätta egna tjänster ute på enheterna utan man har låst fast allt alltihop centralt på sjukhuset. De har för närvarande anställningsstopp på sjukhuset.

Ett annat problem som nämndes var att när budgetarbetet fungerar enligt en nedbrytningsmetod så kan det vara svårt att få klinikerna att arbeta för att budgeten ska följas, man får inte den rätta medverkan. När nedbrytningsmetoden används och budgeten brutits ned till delar av sjukhuset finns det tillslut väldigt lite utrymme för att styra i jämförelse med om man börjar nedifrån i verksamheten och ser vilka resurser som behövs för att bedriva denna verksamhet.

Ingen av ekonomerna ser några alternativ till budgeten. Möjliga förändringar som nämndes var att styra på uppföljning och löpande 12-månadersprognoser. Det är dock budgeten som traditionellt har varit styrinstrument eller varit någon sorts flerårsplan för hur verksamheten ska bedrivas. En förhoppning som nämndes, vad gällde utveckling av budgetarbetet, var att det bör bli mer och mer decentraliserat, där man i större utsträckning kan använda sig av en uppbyggnadsmetod vid skapandet av en budget. Decentraliseringen ansågs leda till en större acceptans för budgeten ute i verksamheten.

Verksamhetschefer

En av verksamhetscheferna nämnde att det kan diskuteras huruvida budgeten är ett bra styrverktyg inom den offentliga sektorn. Egentligen är det patienterna som styr, där enstaka patienter kan vara oerhört dyra och mycket snabbt spräcka en budget. Men till viss del kan budgeten ses som ett styrverktyg. Som en mer vidareutvecklad form av styrinstrument nämndes det balanserade styrkortet som sjukhuset nyligen infört, där även andra delar än budget tas hänsyn till.

Även båda verksamhetscheferna sade att en stor brist med budgeten var att den läggs alldeles för sent. Ofta har den inte varit färdig förrän långt in på året vilket gör det mycket svårt att styra verksamheten utifrån den. Vidare påpekades också att patienterna som söker sig till dem är de skyldiga att ta hand om, oavsett om pengarna är slut eller inte.

Det nämndes också att det alltid är svårt när man inte har en budget i balans. Det är inte tillfredställande att veta att praktiskt taget alla enheter i Region Skåne har röda siffror, vilket påverkar arbetsmiljön och arbetsglädjen samt utvecklandet av verksamheten med dessa ständiga underskott. Läkare och sjuksköterskor känner att de utgör en kostnad och inte en resurs och detta är negativt med budgetsystemet, men någon lösning på det nämndes inte. När en klinik lyckas skapa ett överskott får det ändå inte behålla det. Tvärtom får man minskat budgetutrymme nästa år, varför incitament ges till att spendera pengarna innan året är slut.

De hade båda svårt att se några alternativ till budgeten. En av dem påpekade att budgetarbetet är betungade, tråkigt och många gånger demoraliserande, men om man inte hade budgeterat på sjukhuset hade kostnadsutvecklingen sprungit iväg ännu snabbare än den gör idag. Någon typ av budget och ram måste finnas, för att om det inte fanns några krav på kostnadsramar som kan ställas i relation till utfallet hade situationen blivit okontrollerbar.

Beroende på vilket system regionen väljer kommer budgeten i framtiden variera. År 2003 ansågs vara ett mellanår då man är tillbaka till en anslags- eller bidragsfinansierad vård. Det kommer troligen vara så att klinikerna kommer att få ersättning utifrån prestation enligt DRG-systemet. Vidare sades att budget och budgetprocess kommer att ligga kvar som det gör idag. Attityden till processen kommer inte att förändras. Respekten för budgeten är ganska stor även om ekonomin är dålig i regionen och på sjukhuset.

4.3.4.4 Synen på budgeten på olika nivåer inom sjukhuset

Ekonomer

En av ekonomerna trodde att budgeten blir mer och mer abstrakt ju längre ner i organisationen man kommer. På sjuksköterskenivå ansågs det att man inte har kännedom om budgeten och det upplevs nog som att man inte kan påverka den. Intresset för budget är inte stor längre ner i organisationen. Det är dock något man arbetar med i organisationen genom såkallade verksamhetsråd ute på klinikerna, där ekonom och personalsekreterare träffar verksamhetschefen tillsammans med fackorganisationen. Detta ökar möjligheten att sprida den ekonomiska informationen till lägre nivå och få lite större intresse för det.

Verksamhetschefer

De var båda eniga om att synen på budgeten förändras på olika nivåer inom sjukhuset och att tilltron till budgeten är som störst ju högre upp i organisationen man kommer. Däremot nämnde båda att de tror kostnadsmedvetenheten är stor även längre ned bland exempelvis läkare och sjuksköterskor.

En av dem påpekade att längre ned i organisationen har de i relativt liten omfattning intresse eller möjlighet att påverka budget. Verksamhetschefen påverkar budget som i sin tur påverkar personal i den mån att de får tjänsteutrymme, ny verksamhet som de kan bedriva eller nya instrument. Personalen är medveten om att budgeten är väldigt ansträngd och har svårt att få ökade resurser, men de ser inte budgetprocessen som något viktigt i deras verksamhet. De är väldigt centrerade och engagerade i sina vårduppgifter och det är så det ska vara.

4.4 Länssjukhuset i Halmstad

I Halland bor det 278 551 invånare och Halmstad är den största staden med 86 585 invånare (Statistiska Centralbyrån, 2003). Länssjukhuset i Halland är ett av två akutsjukhus i Halland vid sidan av Varberg, dessutom finns specialistsjukvård i Kungsbacka och Falkenberg.

Landstinget Halland har en borgerlig majoritet. Efter valet hösten 2002 slöts en överenskommelse om borgerlig samverkan mellan moderaterna, centerpartiet, folkpartiet, kristdemokraterna och miljöpartiet. (Hallands län, 2003).

4.4.1 Ekonomisk situation i Landstinget Halland och Länssjukhuset i Halmstad

Resultatet för Landstinget Halland har de senaste fyra åren varit negativt med undantag för 2001 då resultatet var positivt med 1,6 miljoner kronor. År 2002 försämrades resultatet kraftigt och landade på minus 81,7 miljoner.

Årets resultat i Halland (Årsredovisning för Landstinget Halland, 2001 och 2002).

	2002	2001	2000
Årets resultat (miljoner kronor)	-81,7	+1,6	-6,6

Länssjukhuset i Halmstad har haft underskott under de tre senaste åren. Underskotten har mellan 1999 och 2002 legat mellan 30 och 40 miljoner, med undantag för år 2000 då underskottet uppgick till hela 55,8 miljoner.

Årets resultat vid Länssjukhuset i Halmstad (Årsredovisning för Landstinget Halland, 2001 och 2002).

	2002	2001	2000
Årets resultat (miljoner kronor)	-37,9	-37,0	-55,8

4.4.2 Fördelning av resurser i Hallands län

Hallands län fördelar pengar till sjukvården genom en länssjukvårdsnämnd. Resurserna fördelas till dem som ramanslag utifrån vad de ansvarar för och justeringar görs utifrån planerade förändringar, planerade saker/verksamheter som ska genomföras under året. Om ett större behov av viss sjukvård kan ramen ökas. (Intervju med Håkansson, 2003-05-07).

Länssjukvårdsnämnden beställer därefter sjukvård från sjukhusen, i form av volymer som de förväntas utnyttja under året. Öppenvården är i stort sett helt abonnemangsfinansierad, vilket bygger på att de får en summa pengar att bedriva verksamheten med. I den slutna vården, så som Halmstad sjukhus (ej geriatrik eller rehabilitering), får man ersättning dels genom abonnemang, en given pott pengar, dels utifrån den produktion som görs på sjukhuset. Ersättning som ges utifrån produktion, ges med utgångspunkt i DRG-poäng, som sedan prissätts och ett visst antal kronor erhålls per DRG-poäng (för förklaring av DRG se s. 38). DRG-poängen bygger på en beställning som länssjukhusnämnden lägger ut med en maximal produktionsvolym. De beställer en produktion från respektive sjukhus, att nästa år ska sjukhuset utföra en viss mängd DRG-poäng för medicin, kirurgi och så vidare. Producenterar sjukhuset över denna volym erhålls inte någon ersättning. (Intervju med Håkansson, 2003-05-07, Hedegård, 2003-05-14).

4.4.3 Budgetsystemet på Länssjukhuset i Halmstad

Anvisningarna för budgeten 2004 kommer under maj månad. Det första som görs är att se över de interna prissättningarna, och nästa steg är att se över själva beställningen till sjukhuset. Detta arbetat pågår fram till sommaren.

Inför nämndens beställning av sjukvård till sjukhuset försöker de titta på hur många invånare som finns i länet och hur gamla invånarna är samt hur åldersutvecklingen kommer att se ut. Utifrån det görs en analys av läget som mynnar ut i en beställning till de båda sjukhusen i Hallands län, länssjukhuset och sjukhuset i Varberg. Sjukhuset i Halmstad får den slutgiltiga beställningen i

november, då även budgeten beslutas och fastställs i landstingsfullmäktige. (Intervju med Håkansson, 2003-05-07).

På sjukhuset avges en investeringsbudget i augusti. Därefter ser de över var de interna resurserna kostnadsmässigt ska läggas. I Halmstad sätter budgetarbetet igång innan fördelningen av resurserna är fastställd i fullmäktige. Utgångspunkten är förra årets utfall och utifrån det försöker man fördela ramar, så att det skulle spegla någon sorts verklighet nere på kliniken. Klinikerna får därefter sina ramar för att jobba igenom sinar budgetar, det görs även på avdelningsnivå. Klinikens budget presenteras för sjukhusledningen tillsammans med en verksamhetsplan. Budgetmöten sker med samtliga kliniker under november. Budgeten fastställs av sjukhuschefen i december. På länssjukhuset i Halmstad används inte något belöningssystem. (Intervju med Håkansson, 2003-05-07, intervju med Hedegård, 2003-05-14).

4.4.4 Intervjuer gjorda på Länssjukhuset i Halmstad

4.4.4.1 Budgetens huvudsyfte

Ekonomer

De intervjuade ekonomerna vid länssjukhuset i Halmstad anser att huvudsyftet med budgeten är att fördela resurser till de olika klinikerna. En budget är ett verktyg för att fördela pengarna på kliniken i form av pötter.

Ett annat syfte som nämns är att styrning av verksamheten med hjälp av budgeten. Detta har inte fungerat i praktiken, vilket de nu jobbar på att förändra. Ytterligare en viktig del i budgeteringen är att man tvingas tänka igenom sin verksamhet för nästkommande år.

Verksamhetschefer

Huvudsyftet med budgeten anges vara resursfördelning internt. En viss mängd pengar existerar inom organisationen och den måste kunna hanteras på något sätt det vill säga att få kontroll över den summa pengar man har att röra sig med, och utifrån det lägga upp en verksamhet som ska understödja målet för sjukvården.

Vidare sägs att Länssjukhuset Halmstad historiskt sett har haft någon slags planekonomi, där budgeten har räknats upp varje år utan egentlig diskussion om innehållet annat än att verksamhetschefen har ansvar för sitt verksamhetsområde i södra Halland. Detta motiv till budgeteringen har varit mycket diffust. Idag kopplas budgeten mer till prestationer vilket har lett fram till ett system där

sjukhuset har en ekonomistyrning via budget men framför allt via beställning, som kallas hälso- och sjukvårdsplanering (HVP). Planeringen innebär att kliniken rent produktionsmässigt ska uppfylla ett visst kvantum och det mäts i DRG-poäng men även i volymer av läkarbesök. Ett visst antal läkarbesök och ett visst antal DRG-poäng ska uppfyllas och står i beställningen och utifrån detta läggs en budget upp.

Politikerna uttrycker till skillnad från tidigare att kliniken är en produktionsenhet och att det är politikerna som tar ansvar för att sjukvården ska uppfylla målen. Tidigare så hade verksamheten ansvar för att uppfylla målen, det vill säga att ta hand om en viss patientkategori. På klinikerna upplever man fortfarande ett direkt ansvar gentemot patienterna, att kunna ge dem en vård som bedöms rimlig.

4.4.4.2 Budgetprocessen

Ekonomer

Budgetarbetet är en lång process som inför 2004 startade i maj 2003, då budgetanvisningarna kom. I samband med detta börjar man med att se över den interna prissättningen, framförallt priser för tjänster från laboratorier, och ser i fall det finns några justeringar som måste göras inför nästa år. Nästa steg är att se över beställningen till sjukhuset. Beställningen fastställs slutligen av fullmäktige i november, vilket ses som ett stort problem, då beställningen upplevs komma mycket sent i sjukhusets budgetarbete. Inte förrän i november vet man vad som förväntas utföras på sjukhuset och då är det för sent att lägga en budget. För att hantera det arbetar man med antaganden, om vad de tror de kommer att göra. Budgetarbetet pågår större delen av åren, men är mest intensivt i oktober och november. Hela november går till budgetmöten med de olika klinikerna och därefter sätter sjukhuschefen budgeten i december.

När budgeten läggs utgår man ifrån förra årets budgetutfall och sedan fördelas ramarna som klinikerna ska hålla sig inom. Ramarna skickades sen till klinikerna där de arbetar igenom sina budgetar, ned på avdelningsnivå. Därefter presenterar klinikerna sina budgetförslag för sjukhusledningen tillsammans med en verksamhetsplan. Budgeten fastställs slutligen av sjukhuschefen, och budgeten för 2003 fastställdes i december 2002. Båda ekonomerna är eniga om att budgeten är under utveckling men att den ännu inte är riktigt bra. Tidigare har budgeten mest varit en uppräkningslista från år till år. Numera försöker de jobba med att få en så rätt budget som möjligt. En av ekonomerna liknar sjukhuset med ett självspelande piano där saker blir som de blir. Man har koll på situationen, och vet vad som händer och var avvikelserna finns. Problemet är att göra något åt det, då det är svårt att hitta lösningar och få dem till stånd.

Budgetanvisningarna på sjukhuset kommer från ekonomi- och sjukhuschefen och innehåller de ekonomiska ramar för varje klinik. Därefter får kliniken göra sin budget utifrån dessa ramar. Det är dock sällan verksamhetscheferna kan påverka budgeten i någon större utsträckning eftersom ramarna är fasta och behöver någon klinik mer måste man ta från någon annan.

Det anges att det har stor betydelse för budgetprocessen om man får vara med och diskutera. Det tycker att det vore bra om man kunde hitta former för att låta bygga upp budgeten underifrån, och ekonomerna är helt övertygad om att ju mer delaktighet desto bättre blir det.

På länssjukhuset i Halmstad görs uppföljning av budgeten varje månad. Klinikcheferna går tillsammans med klinikekonomerna igenom sina budgetar och därefter skickas uppföljningarna till economichefen som gör en total uppföljning för hela sjukhuset. Genom uppföljningen får de kontroll på verksamheten och en uppfattning om var eventuella avvikelser finns. Det anges att man vet tämligen exakt var avvikelserna finns någonstans. Problemet är att göra något åt dem.

Verksamhetschefer

En budgetdiskussion hålls med sjukhuschefen i november året innan budgeten ska läggas. Under detta möte får verksamhetscheferna reda på vilken budget som de kan förvänta sig under det kommande året och får diskutera med sjukhuschefen hur de ser på budgeten och hur den motsvarar den prestation som sjukhuschefen kräver av dem. Uppföljning av lagd budget sker under det innevarande året och nya budgetdiskussioner uppkommer i november igen.

Tidigare år har budgeten inte varit klar förrän i mitten på året. Budgeten för 2003 var klar relativt tidigt, vid årets början. Däremot sker budgetrevisjoner med jämna mellanrum som gör att förutsättningarna förändras.

Vad gäller hur budgetprocessen fungerar bra eller dåligt går åsikterna till viss del isär. En verksamhetschef anser att budgetprocessen i stort fungerar bra. Det som slår fel är budgetens koppling i förhållande till produktionen - budgeten och produktionen upplevs gå i två parallella spår. Det blir ingen riktigt bra diskussion mellan årets produktion och budgeten, utan produktionen förväntas bli ungefär som tidigare och budgeten förs över som en rambudget. Vidare anser en verksamhetschef istället att hela budgetprocessen är dålig, och menar att den är för klumpig för att styra verksamheten utifrån. Dessutom är det svårt att få en överblick på detaljnivå. Som styrinstrument är inte budgeten tillräcklig då det är väldigt svårt att få information.

Budgeten görs av verksamhetschefen för kommande verksamhetsår utifrån de behov ansvarig vet finns. Klinikekonomen står för sammanställningen av budgeten, medan verksamhetschefen ekonomiskt står för kunnandet i verksamheten. Denna budget presenteras för sjukhuschefen som i sin tur ger förutsättningarna som klinikerna kan räkna med. Den tunga ekonomiska situationen på sjukhuset ger inte mycket utrymme för att få den pott pengar som behövs för att täcka behoven på kliniken. Vidare nämns att budgetläggande hade känts bättre om det togs mer hänsyn till och analysera det som det som kommer upp under budgetarbetet, eftersom klinikchefen har god kunskap om relationen mellan budget och produktion. Det finns dock förståelse för att diskussionen blir enkelriktad (anvisningar kommer från sjukhuschefen) eftersom den ekonomiska situationen är betungande och inte ger utrymme för egna ekonomiska krav. Ett sätt som nämns för att bättre hålla budgeten på kliniknivå är att ställa patienter på kö, istället för att söka om mer pengar.

Uppföljningen av budget sker månadsvis med avrapportering av budget och prognos. Detta sköts i första hand av verksamhetschefens klinikekonom och verksamhetschefen skriver en kommentar om utfallet. Har det skett stora förändringar i förhållande till den ursprungliga budgeten eller om något speciellt diskussionsämne uppkommer har sjukhuschefen och verksamhetschefen ett möte där de diskuterar eventuella lösningar på problemen.

Båda verksamhetscheferna anger att de själva gör budgeten utifrån de behov som kommer att finnas för verksamhetsåret. Budgeten presenteras för sjukhuschefen, som egentligen inte kan ta speciellt mycket hänsyn till deras önskemål utan ger en pott med pengar som finns till förfogande.

Varje månad görs en uppföljningen då avvikelser analyseras, det vill säga resultatet i förhållande till den lagda budgeten. Avvikelsen sker både på översiktlig nivå och detaljnivå. En av verksamhetscheferna tycker sig ha bra kontroll över var felen ligger när resultatet avviker gentemot budgeten. Det är väsentligt att ha en bra klinikekonom. Det nämns även att det inte är så lätt korrigera avvikelser när förutsättningarna ändras hela tiden.

4.4.4.3 Budgeten som styrverktyg inom den offentliga sektorn, brister och eventuella alternativ?

Ekonomer

Huruvida budgeten är ett bra styrverktyg inom offentlig sektor tycker ekonomerna är osäkert, flera skäl till varför den inte är ett bra styrverktyg anges, men de har också svårt att se något alternativ till budgeten. Det är inte så att man tillverkar ett

förutbestämt antal produkter som man sedan sätter pris på, vården kostar olika i varje fall.

Att budgeten inte är ett speciellt bra styrverktyg inom offentlig sektor har snarare att göra med traditionerna på sjukhusen än på budgeten i sig. Problemen anses ligga i att det saknas riktiga incitament att jobba med. Uppfyller man sin budget blir man i det närmaste bestraffad genom att man nästa år får mindre pengar. Till skillnad från i privata företag går ett sjukhus aldrig i konkurs och uppsägningarna är få. Detta leder till att personalen inte gör sitt bästa för att hålla budgeten, man tänker att "det ordnar sig". Läkarna på sjukhusen har enligt tradition mycket makt att styra och dom har sina egna prioriteringar, de "är liksom kungar i sig och kör sitt eget race". Och där hamnar ekonomin i skymundan. En annan negativ aspekt vad gäller budgeten i offentlig sektor till skillnad från den privata, är att budgeten revideras hela tiden, exempelvis om man får extra medel. Det kan ses som att "skjuta på ett rörligt mål", att det är svårt att styra när förutsättningarna ändras och än svårare att veta vad man ska uppfölja utfallet mot. Det här är något som man arbetar med på sjukhuset för att förändra, även om medvetenheten om att det kan vara svår finns.

Ytterligare brister som ekonomerna är eniga om är att det råder en stor tidsbrist i budgetarbetet från det att politikerna tar ett beslut om beställningen av vård till sjukhuset. Det saknas i vissa fall även intresse från verksamhetscheferna då de är inte alltid är intresserade av ekonomi.

En av de intervjuade tror att klinikgränserna kommer att suddas ut och att man försöker se på processen istället. Sedan är förhoppningen att ett bättre finansieringssystem hittas eftersom det nuvarande är både tveeggat och trubbigt, trots att det är en komplicerat.

Det nämns också att den utveckling av budgeten som nu pågår kan de fortsätta förbättra, så att fler kan känna sig delaktiga i budgetarbetet och få ett större intresse för att följa budgeten.

Verksamhetschefer

Att styra sjukhuset med hjälp av budget är en bra möjlighet, men det fungerar inte riktigt på Länssjukhuset Halmstad. Landstinget Halland agerar fortfarande som om rambudgetar används vid nedfördelning av pengar till sjukhuset, vilket leder till att det inte förekommer någon rejäl diskussion hela vägen utifrån produktion i förhållande till budgeten. Det som kallas ekonomistyrning i Halland upplevs som ett mycket dåligt och trubbigt instrument. Har man inget ekonomistyrssystem som fungerar så har man ingen fungerande budget heller och då vet man inte riktigt vad man ska prestera.

Det anges även att budgeten inte kan stå ensam som styrverktyg som det gör nu, att den är för frikopplad från syftet med verksamheten. Syftet ska ju vara att bedriva sjukvård och budgeten måste stå i relation till det. Syftet har istället blivit att hålla budgeten och inte uppnå verksamhetsmålet. Det måste finnas en bättre koppling mellan uppdraget och budgeteringen vilket verksamhetscheferna har svårt att se hur det ska se ut i praktiken.

Båda verksamhetscheferna nämner att ett stort problem med budgeten är budgetens koppling till uppdraget, att man inte riktigt vet vad beställningen man får egentligen innebär. Budgetåret ses också som väldigt kortsiktigt. På sjukhuset och klinikerna arbetar man med femårsplaner i form av verksamhetsplaner, då upplevs budgetåret som mycket kort och det blir svårt att få dessa två saker att hänga ihop. När de inte vet det ena året vilken budget de har att röra sig med nästa år, blir det väldigt hackigt i förhållande till verksamheten, och det upplevs som svårt att styra den.

En av verksamhetscheferna upplever också att det inte är någon som tar ansvar för beställningen även om politikerna säger annorlunda. Det förekommer inte någon diskussion om vad beställningen innebär och det är svårt att koppla den till budgeten. Det nämns vidare att med DRG-systemet finns risken att man bara väljer att utföra den typ av verksamhet som är enklast för att det ger bra intäkter. Det måste vara kopplat till ett uppdrag.

Ett stort problem som anges av en verksamhetschef är att det fortfarande är väldigt svårt att beskriva vissa delar av sjukvården i ekonomiska termer. Det är lätt att driva verksamhet med väldigt klar budgetstyrning eller produktionsstyrning om det till exempel handlar om en bestämd typ av kirurgi som lätt kan produceras likartat och görs ofta. Blandar man in patienter som är gamla med multipelsjukdomar blir det oerhört mycket svårare då de har många olika behov av läkarvård. Beräkningarna blir mer eller mindre omöjliga att utföra och behoven är svåra att beskriva i förhållande till budget. Här upplevs ett stort problem finnas med budget, att verksamheten bara i vissa fall går att beskriva i ekonomiska termer och detta måste utvecklas. Halmstads sjukhus styrverktyg upplevs som ett trubbigt instrument att jobba med och det är tveksamt om det återspeglar det behov som finns på klinikerna, den egentliga verksamheten.

En av verksamhetscheferna tror att budgeten kommer att finnas kvar men att man jobbar vidare med den, det krävs att man sätter upp mer långsiktiga mål och långsiktiga ekonomiska planer utifrån det.

4.4.4.4 Är synen på budgeten olika på olika nivåer inom sjukhuset

Ekonomer

Ju längre ner i organisationen man kommer, ju mer prioriteras verksamheten anser en av de tillfrågade, vilket anses vara ganska naturligt.

Det framförs att inställningen framförallt beror på intresset för budgeten, hur intresserade verksamhets- och avdelningschefer är av budgeten och hur duktiga de är på att förmedla ut att det är viktigt.

Verksamhetschefer

Båda anser att ju längre ned i verksamheten man kommer desto mindre viktig blir budgeten. En uttrycker det som att ju längre ner i organisationen man kommer desto mer verksamhet är för ögonen och ju högre upp desto mer ekonomi är för ögonen. Vidare nämns att det färgas väldigt mycket beroende på hur sjukhuschefen tänker och även beroende på den ekonomiska situationen som sjukhuset befinner sig i.

Vidare anges att upplevs att om man pratar med läkare om budget så är de inte intresserade. Det är dessutom ett pedagogiskt problem, att styra över en verksamhet man inte förstår. Det är dessutom en vana. Det har tidigare inte spelat någon roll om budgeten hålls eller ej och det har inte funnits några sanktioner mot dem som inte kunnat hålla budgetmålen. Snarare tvärtom, de kliniker som lyckats hålla budget har snarare blivit bestraffade för det. De har istället fått sin budget sänkt för kommande år, eftersom de klarade att hålla budgeten.

5 Analys och slutsats

I följande kapitel kopplas teorier ihop med de empiriska data som erhållits genom utförda intervjuer. Till en början kommer vi enbart att använda oss av Bergstrand et als modell och diskutera varje huvudområde var för sig samt kopplingen mellan dessa. Med utgångspunkt i graden av överensstämmelse mellan de olika huvudområdena i Bergstrand et als modell görs ett försök till att se om ett samband med den ekonomiska situationen föreligger. Vidare diskuteras uppföljning av budget som också ingår i referensramen.

5.1 Externa och interna styrförutsättningar

Nedan diskuteras och analyseras de externa och interna styrförutsättningarna i Bergstrand et als modell (1996) (se s. 30) med koppling till studiens empiri.

5.1.1 Lagreglering och politikens inflytande

Vi har tidigare beskrivit vilka särskilda parametrar landstingssektorn har att ta hänsyn till vid styrning av verksamheten. En viktig del är lagregleringen, att landstingen är tvingade att ha en budget i balans. Andra parametrar är politikens inflytande på verksamheten. Genom intervjuerna som gjordes på sjukhusen har det framkommit att det politiska inflytandet varit mycket starkt. I både Landstinget Halland och Region Skåne tas beslut om landstingets/regionens budget i november. Därefter ska medel fördelas till de olika sjukhusen och en budgetprocess där. Alla intervjuade, så väl ekonomer som verksamhetschefer, ansåg att budgetprocessen kommer igång för sent. Detta trots att Halmstad under intervjutillfällena hade påbörjat sin budget för 2004 medan Kristianstad i maj arbetade med sin budget för 2003.

Ett stort problem för båda sjukhusen är att budgetramarna kommer för sent från landstingen centralt. Följden av detta blir att budgetarbetet på sjukhusen blir försenad. Budgetarbetet för 2003 på Kristianstad sjukhus var i början av maj fortfarande inte klart. Det innebär att budgeten inte har varit i bruk under årets första sex månader. Under denna tidsperiod har det därmed varit oklart vilka pengar sjukhuset och de olika klinikerna har att röra sig med. Budgeten mister

därmed sin funktion som styrverktyg och andra halvan av året får ägnas till att justera de avvikelser som uppkommit det första halvåret. Att få fram en bra budget kan ta tid och för att den ska kunna fungera som ett styrverktyg är det väsentligt att den får förutsättningar för att fungera som ett sådant. Det kan också tyckas märkligt att flera av de intervjuade i Kristianstad hänvisar viss del av den stora förseningen i budgeten till det majoritetsskiftet som skedde 2002. Även Halland hade majoritetsskifte i landstinget, trots det lyckades budgeten vara färdig till årsskiftet.

Vår uppfattning är att sjukhuset i Halmstad trots sena budgetanvisningar uppifrån försöker göra det bästa av situationen genom att i god tid starta budgetarbetet med preliminära siffror som utgångspunkt. Detta leder till att budgeten blir klar tills årsskiftet då den ska tas i bruk och härmed finns goda förutsättningar att använda den som styrverktyg. På sjukhuset i Kristianstad har vi förstått det som att man istället väntar på de faktiska budgetramarna och att det därmed blir kraftiga förseningar i budgetarbetet. Om inte beslut kan tidigareläggas vad gäller fastställande av budget i landstingsfullmäktige anser vi att Halmstad sjukhus sätt att agera på är att föredra.

5.1.2 Personal

Traditioner

Många av de inre förutsättningarna som råder på sjukhusen tycks vara ett resultat av traditioner. Till skillnad från i privata företag, där det är uppenbart att det är VD som leder företaget, finns inte samma tydlighet inom sjukhus. Traditionellt är det läkarna som bestämmer och det tar sig, enligt flera ekonomer, uttryck i att de "kör sitt eget race". Konsekvensen härav kan bli att verksamhetscheferna, i sin tro att de själva styr verksamheten, inte verkar i linje med sjukhusets ekonomiska mål. Motsättningar av denna typ diskuteras vanligen i samband med sjukvårdsorganisationer och Anell (1990) nämner att läkarnas starka profession som kan leda till problem vad gäller den övergripande målsättningen. Att alla arbetar i samma riktning anser vi vara en grundläggande förutsättning för att uppnå målen i en organisation.

Målkonflikt

Majoriteten av verksamhetscheferna upplevde ingen tydlig koppling mellan verksamhetens mål och deras budget och samtliga verksamhetschefer angav att deras huvudsyfte är att vårda patienter och i andra hand att hålla budgeten. Vidare nämndes att det inte finns någon möjlighet att uppfylla verksamhetens mål med de resurser kliniken fått tilldelat sig. Flera av verksamhetscheferna upplevde att budgeten inte går att uppfylla och de anser sig stå inför ett val, strunta i budgeten

eller strunta i att vårda patienterna. Eftersom läkarnas profession säger att målet över allt annat är att vårda patienterna blir följden att budgeten kommer i andra hand. Här anser vi att en reell konflikt föreligger eftersom verksamhetschefernas huvudmålsättning till viss del skiljer sig från ekonomernas, som kan antas fokusera mer på sjukhusens ekonomi. Denna konflikt kan bli stor och måste försöka lösas för att budgeten ska få avsedd funktion som styrinstrument.

Då verksamhetscheferna redan vid årets början är medvetna om att deras budgetramar inte är rimliga minskar deras incitament att hålla budgeten. Har man däremot ett rimligt mål och resurser som är anpassade efter målen så anser vi, i enlighet med flera av de intervjuade, att chansen ökar att budgeten följs. Målet med verksamheten måste således gå hand i hand med budgeten och de resurser som tilldelas klinikerna. Först då finns förutsättningar för en bra styrning med hjälp av budget.

För att få en överensstämmelse mellan verksamhet och ekonomi ansåg majoriteten av såväl ekonomer som verksamhetschefer att två alternativa vägar finns. Antingen kan resurser anpassas till verksamhetens mål eller så kan målen anpassas till de resurser som sjukhusen och klinikerna tilldelas. I dagens situation när landstingen har en ansträngd ekonomi och sjukhuskostnaderna skenar framkom det att det främst är målen som måste diskuteras, det vill säga vilken verksamhet ska bedrivas inom landstingens försorg och var gränserna ska dras. Även om denna diskussion skulle tas upp på allvar torde det vara svårt att få genomslag i praktiken eftersom läkare är så starkt knutna till sin profession.

Vi anser dock att det finns ytterligare ett alternativ för att uppnå överensstämmelse mellan verksamhet och ekonomi, nämligen effektivisering. Effektivisering är möjligt att genomföra på flera nivåer i organisationen, både centralt i form av omstruktureringar och närmare patientverksamheten, exempelvis genom ändrade rutiner och ökat samarbete med andra avdelningar.

Kunskaper i ekonomi

Utifrån genomförda intervjuer har vi fått uppfattningen att verksamhetschefernas intresse för, och kunskap i ekonomi i många fall var begränsad. Trots detta har de ett stort ansvar för det ekonomiska resultatet på klinikerna vilket kan te sig märkligt. Om verksamhetscheferna haft bättre ekonomikunskaper hade de också i större utsträckning än idag, kunnat ställas till svars för situationer då resultatet är sämre än budgeterat. En av ekonomerna menade att om ekonomin hade hanterats på samma sätt i ett privat företag hade ansvariga blivit avskedade eller tvingats avskeda sina anställda. Vidare nämnde ekonomen att eftersom ett sjukhus heller aldrig går i konkurs och i mycket liten utsträckning säger upp sin personal upplever inte de anställda den ekonomiska situationen så allvarlig som den

faktiskt är. Det finns således brister i ansvarskänsla för resultatet vilket får till följd att den skärpa som finns i privata företag ofta saknas på sjukhus.

Flera verksamhetschefer säger att det är klinikekonomen som gör det praktiska arbetet med budget och avvikelseanalys. De blir därmed mycket beroende av att ha en kompetent klinikekonom som kan förklara den ekonomiska situationen på kliniken. Det anser vi sätter verksamhetscheferna i en underlägsen situation där de inte riktigt kan kontrollera den verksamhet de faktiskt är ansvariga för. Eftersom det brister i ekonomikunskaper kan verksamhetscheferna inte på allvar ställas till svars för den rådande situationen, varför både klinikekonomen och verksamhetschefen indirekt delar ansvaret. Vid en djupare ekonomisk kunskap skulle man kunna lägga ett större ekonomiskt ansvar på verksamhetscheferna och därmed skulle budgeten kunna användas som ett bredare styrverktyg än vad som görs idag då den, som tidigare framkommit, enbart har en funktion som resursfördelare. Vi tror i och med det att budgeten skulle kunna få en funktion som ansvarsfördelare och motivationsskapare. Ytterligare funktioner som budgeten kan få är en bättre samordning mellan de olika klinikerna, eftersom man i större utsträckning blir ansvarig för ekonomiska resultat och därför börjar se sig om utanför sin egen klinik efter effektiva sätt att få ner sina kostnader.

Syn på budget

Synen och tilltron till budgeten har vi sett skilja sig åt beroende på vem man pratar med. Tilltron till budgeten är större högre upp i organisationen och då framförallt bland ekonomer och verksamhetschefer. Det finns även en större tilltro bland ekonomerna i jämförelse med verksamhetscheferna. Vidare tror alltså de tillfrågade att exempelvis sjuksköterskor inte har något större intresse för budgeten utan sätter verksamheten först, dock anser de att kostnadsmedvetenheten ute i organisationen är hög. Vi menar att detta inte har någon större betydelse för budgetens styrförmåga. Det är snarare verksamhetschefernas syn och tilltro till budgeten som blir en avgörande faktor. En konsekvens av att inte tro på budget är att den inte används som det styrverktyg som den syftar till att fungera som.

Ett par av ekonomerna nämner också att de upplever ett bristande intresse för budgeten hos verksamhetscheferna. Det bristande intresset kan få många följder. Finns inte det riktiga intresset för budgeten så anser vi inte att det finns goda förutsättningar för att få en bra budget.

5.1.3 Marknad, teknologi och konjunktur

Att det finns stora underskott inom vården kan till viss del hänföras till marknaden där hälsovården verkar, den tekniska utvecklingen och en vikande konjunktur. I försöken att få budgeten i balans finns problem som måste diskuteras och tas hänsyn till. Marknaden utgörs av befolkningsunderlaget för respektive sjukhus. Befolkningen i Kristianstad har minskat utan att sjukhuset i tillräcklig utsträckning har anpassat sin organisation. Detta är en av orsakerna till sjukhusets stora underskott och måste justeras för att kunna få en budget i balans. En sådan justering kan sjukhuset inte själva genomföra utan politisk inblandning.

I Sverige är vi vana vid en bra och högteknologisk sjukvård. Utvecklingen av medicinsk teknik, genom exempelvis bättre behandlingsmetoder, har lett till ökade kostnader inom sjukvården. Detta har blivit ett stort problem då kostnaderna ökar medan intäkterna inte förändras, något som också har framkommit i intervjuerna. I enlighet med Anell så tror vi att man trots bristande ekonomi försökt följa med i den tekniska utvecklingen och därför fått dra ned på andra områden genom att korta vårdtiden samt ställa patienter på kö. I Halmstad framkom, till stöd för detta, att de fortsättningsvis kommer att ställa patienter på kö till planerad vård i syfte att hålla budgeten.

5.1.4 Arbetssätt

Budgetens tidsperspektiv

Båda sjukhusen använder sig av en ettårig budget, medan verksamhetsplanerna sträcker sig över flera år. Ett problem med detta är enligt en verksamhetschef i Halmstad att man gör verksamhetsplanerna över en längre tid när man inte vet hur mycket resurser som kliniken kommer att tilldelas. Därmed försvinner kopplingen mellan verksamhetens mål och budgeten, vilken vi tidigare konstaterat vara mycket viktig för att budgeten ska fungera som styrverktyg.

Manipulation

Det framkom under intervjuerna att budgeten manipulerades och utnyttjades för att få mer resurser till sin verksamhet. I Kristianstad framgick exempelvis att om överskott finns i slutet av året måste det spenderas för att inte för att inte få minskade resurser till nästa års budget. Vidare nämndes att budgeten ibland läggs utifrån att fler patienter ska besöka kliniken än vad som anses realistiskt, i syfte att få mer pengar till verksamheten.

Vi tycker att man genom manipulation av budget tillintetgör dess funktion som styrverktyg på sjukhuset. Om alla börjar använda budgeten som en önskelista istället för realistisk bild av vad verksamheten egentligen behöver så blir det svårt att fördela resurserna dit behoven finns. På sjukhuset uppstår risken att om en klinik kan förhandla till sig mer resurser än vad verksamheten egentligen kräver kan en annan klinik drabbas negativt. Det optimala vore att båda får rätt resurser utifrån sina behov. I slutändan kan interna konflikter uppkomma med förtroendekriser som följd.

5.1.5 Organisation

Förändring av uppföljningssystem

Genom intervjuerna framgick att styrsystemet på Centralsjukhuset i Kristianstad ändrats frekvent, exempelvis har uppföljningssystemet ändrats från år till år. Detta har lett till viss osäkerhet vad som verkligen gäller vilket har framkommit genom diskrepans i svaren från intervjuerna. Vid så frekventa förändringar i styrsystemet tror vi det blir svårt att integrera systemet och få acceptans ute i verksamheten.

Ju mindre man gör...

En annan brist i förutsättningarna är det faktum att ju mindre vård som produceras, ju mindre pengar gör man av med. Krasst sett skulle det alltså löna sig rent ekonomiskt att sluta vårda patienterna, för anslaget skulle ändå vara detsamma. Att helt sluta vårda patienter är naturligtvis inte möjligt eftersom verksamhetsmålen då inte uppfylls. All vård utöver verksamhetsmålen ger endast negativa konsekvenser i budgeten, varför åtminstone sjukhuset i Halmstad fortsättningsvis kommer att sluta att ge vård i den planerade verksamheten när målet uppnåtts och istället ställa patienter i kö. Detta är ett sätt att hålla nere kostnaderna och följaktligen synliggöra sjukhusets brist på pengar. Kortsiktigt tror vi att det kan vara ett bra sätt att visa vad sjukhusen kan prestera med de tillförda medlen, men på lång sikt är detta inte hållbart för samhällsmedborgarna då de får vänta länge på den vård de är berättigade till. Vi anser att effektivisering av verksamheten skulle vara ett bättre alternativ.

Belöning

Inte på något av sjukhusen används belöningssystem då klinikerna lyckas få ett överskott eller hålla budgeten i balans. De har också svårt att se hur ett belöningssystem skulle fungera bra för att få rätt effekt. Flera av ekonomerna och verksamhetscheferna tyckte däremot att det är en brist att man vid uppfyllande av budget drabbas av något som liknar en bestraffning. Har man klarat sin budget antas att man fått för mycket pengar och anslagen minskas till nästa år, något som uppmuntrar till att köpa upp sina pengar i slutet av året för att på så sätt få behålla

sin budget nästkommande år. Här ligger en konflikt i att försöka få verksamhetscheferna att göra ett så bra resultat ifrån sig som möjligt, trots att de drabbas av mindre tilldelade resurser nästa år. Det gör att resurser riskerar att försvinna enbart på grund av att klinikerna är rädda för att få nedskärningar vilket måste ses som negativt. Visste verksamhetscheferna att de inte automatiskt drabbades av nedskärningarna så skulle de också kunna ta större risker genom att till exempel avvakta med anställningar och se om situationen löser sig på andra sätt.

5.2 Överensstämmelse mellan styrförutsättningar och budgetens huvudsyfte

Vi kan konstatera att överensstämmelsen mellan förutsättningarna och budgetens huvudsyfte är bristfällig. Externa förutsättningar så som lagkrav och konjunktur är inte möjliga att förändra för enskilda sjukhus varför förändringen bör försöka ske i de interna förutsättningarna.

Båda sjukhusen har problem med sina interna förutsättningar, där ett av de mer påtagliga dilemman är att läkarna ser som sitt huvudmål att vårda patienter och därmed sätter budgeten i andra hand. Då de dessutom upplever att verksamhetsmålen och de tilldelade resurserna inte står i relation till varandra blir förutsättningar dåliga att reglera verksamheten genom budget.

Ett annat stort problem är att budgetanvisningarna uppifrån kommer sent. Vi tycker sjukhuset i Halmstad hanterar problemet bättre och därmed får en något högre grad av överensstämmelse mellan förutsättningar och syfte än vad är fallet på sjukhuset i Kristianstad.

Vi upplever dessutom att man i Halmstad har en bättre insikt i hur budgetsystemet är upplagt och hur det fungerar i jämförelse med Kristianstad. I Kristianstad fick vi istället uppfattningen att det som följd av omorganisationer och frekventa förändringar av styrsystemet råder viss osäkerhet och en viss skepsis kan skönjas inför ytterligare förändringar vad gäller styrsystem och budget. Detta föranleder oss att tro att Halmstad har bättre möjlighet att förbättra sina interna förutsättningar.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att båda sjukhusen måste jobba med sina interna förutsättningar för att kunna nå överensstämmelse med huvudsyftet och därmed en god överensstämmelse enligt Bergstrand et als modell. Först då kan effektivitet uppnås.

5.3 Budgetens huvudsyfte och överensstämmelse med metod för uppställande

Med utgångspunkt i Bergstrand et als modell (1996) (se s. 30) kan vi se att det på båda sjukhusen finns god överensstämmelse mellan budgetens huvudsyfte och metoden de använder för budgetuppställandet. Både på sjukhuset i Kristiansstad och i Halmstad anser de personer vi intervjuat, oavsett yrkesgrupp, att huvudsyftet med budgeten är att fördela resurser ut till olika verksamheter. Då sjukhusen utgör en del av en budgetkopplad organisation, som tilldelas finansiella resurser direkt genom anslag i en budgetprocess, är detta resultat inte märkligt. För att uppnå huvudsyftet använder de sig av nedbrytningsmetoden vilket följer Bergstrand et als modell (1996). Flera intervjuade på båda sjukhusen angav inte direkt att de använde sig av denna metod, men utifrån teorin för uppställande av budget och den övriga information som framkommit i intervjuerna anser vi att metoden som används har mest gemensamt med nedbrytningsmetoden. En konsekvens av att använda en nedbrytningsmetod är att det kan vara svårt att finna incitament till att följa budget, eftersom möjligheten att påverka den är begränsad. I en organisation med knappa resurser, vilket är fallet i både Kristianstad och Halmstad, är dock resursfördelning budgetens viktigaste funktion varför nedbrytningsmetoden också bör användas (Bergstrand et al, 1996).

En alternativ metod som vi tror kan fungera istället för nedbrytningsmetoden är kombinationsmetoden. Då huvudsyftet är prioritering och resursfördelning följer även denna metod direkt ur Bergstrand et als modell (1996). Fördelar med en kombinationsmetod, framför den nuvarande, tror vi kan vara att om verksamhetscheferna tvingas bli mer involverade och ansvariga vid framtagandet av budget och budgetarbetet, så torde incitamenten till att följa budgeten vara större. Det konstateras i intervjuerna att verksamhetscheferna saknar riktiga incitament att hålla budget, vilket styrker ovanstående argument och användandet av kombinationsmetoden. Inslag av kombinationsmetoden finns redan i både Halmstad och Kristianstad, där verksamhetschefer har möjlighet att ge förslag och åsikter i budgetarbetet, men den egentliga påverkan på budget är dock mycket begränsad. Att förändra denna påverkningsgrad tror vi att sjukhusen bör eftersträva för att få budgeten till ett effektivare styrinstrument med engagemang

från verksamhetschefer och andra inblandade. Detta argument styrks också i intervjuerna. Enligt teorin medför metoden möjlighet till en mer preciserad budget men innebär också en mer tidskrävande budgetprocess än vid nedbrytningsmetoden. Det framkom i intervjuerna att flera av verksamhetscheferna inte önskade att lägga mer på budgetarbete då det ansågs "tråkigt" och tidskrävande. Denna inställning måste förändras om en kombinationsmetod används då den kräver mer tid och engagemang. Vi menar att inställningen borde gå att förändra om verksamhetschefer blir mer insatta i budgetarbetet.

Samuelson betonar att för att en budget ska fungera som styrverktyg i en organisation måste dess verkliga syfte överensstämma med dess uttalade syfte. Vi anser att det nuvarande och uttalade syftet som resursfördelare faktiskt överensstämmer med den verkliga rollen. Det uttalade syftet är att fördela resurserna, vilket den också i praktiken fungerar som.

Vi kan härmed inte finna några problem i kopplingen mellan syftet med budgeten och metoden för uppställande av densamma. Vi kan utifrån det resonemanget konstatera att om man använder sig av Bergstrand et als modell (1996), vilket vi gör, finns det stora problemen i sjukhusens styrförutsättningar. Vi inser dock att det kan finnas andra orsaker än de som ryms inom modellen.

5.4 Koppling mellan sjukhusens ekonomi och graden av överensstämmelse

Som nämnts tidigare har Halmstad bättre överensstämmelse mellan förutsättningar, budgetens huvudsyfte och metod för budget uppställande än Kristianstad. Tittar vi på den ekonomiska situationen på respektive sjukhus ser vi att Halmstad under de fyra sista åren haft en stabilare ekonomi. Resultatet på sjukhuset i Kristianstad har varierat kraftigt de senaste åren. Exempelvis var resultatet för 2000 positivt på 0,5 miljoner kronor medan resultatet året efter blev negativt med 140,7 miljoner kronor. Båda sjukhusen gick med förlust under år 2002 men Kristianstads underskott var större. Vi kan härmed se ett samband mellan ekonomin och graden av överensstämmelse. Trots att ett samband mellan ekonomi och graden av överensstämmelse finns på de två sjukhusen kan vi omöjligt fastställa om ett orsak-verkan samband föreligger eller om det endast är ett resultat av slumpen.

Vi tror dock att ekonomin kan förbättras genom att sjukhusen arbetar igenom de interna förutsättningarna för att få bättre överensstämmelse i Bergstrand et als modell (1996). Ekonomin kan emellertid bara förbättras till en viss gräns på grund av yttre förutsättningar som sjukhusen inte själva kan styra över. Vissa yttre förutsättningar så som konjunktur är helt omöjliga att påverka medan andra kan påverkas på en högre nivå i landstingen. Sjukhuset i Kristianstad är för stort i förhållande till dess befolkning och borde kanske kompenseras för detta för att fortsättningsvis kunna vara ett centralsjukhus. Detta är dock ingenting de själva kan bestämma utan beslutet måste tas centralt.

5.5 Uppföljning

I intervjuerna framkom det att båda sjukhusen anser att uppföljning av innevarande budget sker frekvent. Eventuella avvikelser i budgeten tas upp och diskuteras med sjukhusledningen i samband med uppföljningarna och man tar fram åtgärder för att korrigera avvikelserna. Vi tolkar det som att alarmsyftet fungerar, det vill säga att om någon klinik inte håller sin budget framkommer det snabbt.

Vidare leder det i sin tur till att diagnossyftet uppfylls då verksamhetschefer och sjukhusledning diskuterar och analyserar vilka avvikelser som uppstår och varför de uppkommer. Dock finns ett problem i att alla avvikelser inte kan korrigeras, exempelvis kan akutverksamheten inte styras i någon större utsträckning. Därför kommer kostnader ändå skena iväg trots gedigna uppföljningar. Det är dock viktigt att inte sluta uppfölja trots detta eftersom de avvikelser som faktiskt är åtgärdbara måste hittas. Uppföljningen fungerar bra på så sätt att samtliga intervjuade uppgav sig ha full kontroll över var kostnaderna härrör ifrån. Åtgärder vidtas i den mån det är möjligt. Enligt Bergstrand et al är budgetuppföljningen en av budgetens viktigaste roller och nästintill en förutsättning för att budgeten ska fungera som styrmetod. Då verksamheten på sjukhusen är sådan att alla avvikelser inte kan korrigeras för kan budgeten som styrinstrument inte fungera fullt ut. Under de förutsättningar som råder anser vi att den fungera bra.

Flera verksamhetschefer kände sig pressade då de måste försvara sitt underskott. Vi tycker dock att när man har antagit ett sådant ansvar som verksamhetschef bör det vara naturligt att kunna försvara det man ansvarar för – både det positiva och negativa. Att stå för verksamhetens resultat tror vi är ett bra sätt att få de ansvariga anstränga sig för att målen ska uppnås.

6 Summering

Här presenteras en kort sammanfattning av studiens resultat och dess praktiska och teoretiska bidrag. Förslag till fortsatt forskning tas upp.

6.1 Kort sammanfattning

Det vi kommit fram till i studien är att det råder en god överensstämmelse med budgetens huvudsyfte och metod för uppställande. Däremot är överensstämmelsen bristfällig mellan förutsättningarna för budgetarbetet och budgetens huvudsyfte. Enligt Bergstrand et al (1996) leder sådana brister till ineffektivitet. En organisations ekonomi torde kunna användas som ett mått på effektivitet. Vi kan i studien se att det på båda sjukhusen finns en bristfällig överensstämmelse i Bergstrands et als modell (1996) och en dålig ekonomi men kan därav inte dra slutsatsen att det finns ett samband däremellan. För att kunna dra sådana slutsatser hade vi behövt göra en djupare ekonomisk undersökning.

6.2 Teoretiskt och praktiskt bidrag

Med denna studie anser vi oss ha bidragit till att täcka en del av den empiriska luckan vad gäller det senaste decenniets bristande forskning inom området. Studiens teoretiska bidrag är att det inte är budgetens funktion som styrverktyg det är fel på utan de förutsättningar som råder både internt och externt på sjukhusen. Praktiskt kan detta användas av sjukhus med liknande förutsättningar som undersökningsobjekten i deras strävan att uppnå en effektivare styrning via budget som i sin tur kan leda till en bättre ekonomi.

6.3 Förslag till fortsatt forskning

Efter denna studie anser vi att det finns många intressanta områden att studera vad gäller budgetens roll i landstingen. Som ett exempel kan nämnas en studie av hur budgetens roll inom offentlig sektor förändrats över tiden.

Resultatet av vår studie visar att många av bristerna för att budgeten ska bli ett effektivt styrinstrument på sjukhusen ligger i de interna och externa förutsättningarna. Det vore intressant att djupare undersöka dessa förutsättningar och hitta möjliga lösningar för att få budgetprocessen att fungera optimalt.

7 Litteraturförteckning

7.1 Publikationer

Andersen, Ib. (1998). *Den uppenbara verkligheten*. Lund: Studentlitteratur.

Anell, Anders. (1989). *Budgetering och redovisning i landstingskommunal sjukvård. Principer och utvecklingslinjer*. IHE 1989:5.

Anell, Anders. (1990). *Från central planering till lokalt ansvar – Budgeteringens roll i landstingskommunal sjukvård*. Lund: Lund University Press.

Anell, Anders. (1992). *Förnyelse av sjukvårdens styrsystem – förutsättningar och problem*. IHE 1992:4.

Ansari, Shahid L. (1977). An integrated approach to control system design. *Accounting, Organizations and Society*, nr.2.

Anthony, Robert N., Dearden, John. & Bedford, Norton M. (1984). *Management Control Systems*. Homewood: Richard D. Irwin.

Anthony, Robert N. & Govindarajan, Vijay. (2000). *Management Control Systems*. 10:th ed. Irwin: McGraw-Hill.

Arbnor, Ingeman & Bjerke, Björn. (1994). *Företagsekonomisk metodlära*. Lund: Studentlitteratur.

Arwidi, Olof. (1991). Budgetering i industriföretagets styrsystem. *Ekonomi & Styrning* nr. 2. s. 22-27.

Ashton, David, Hopper, Trevor & Scapens, Robert, W. (1995) *Issues in management accounting*. London: Prentice-Hall.

Berg, Gunnar. (1988). *Organizational analysis: conceptual instrument and classification scheme*. Uppsala: Uppsala reports on education.

Bergstrand, Jan & Olve, Nils-Göran. (1996). *Styr bättre med bättre budget*. Malmö: Liber-Hermods.

Bescos, Pierre-Laurent, Cauvin, Eric, Langevin, Pascal & Mendoza, Carla. (2003). *Criticisms of budgeting: a contingent approach*. Working paper.

Bokenstrand, Cecilia. (1996). *Budgetpolitik; Bilaga III slutbetänkande av Kommunala förnyelsekommittén. SOU 1996:169*. Stockholm: Nordstedts tryckeri AB.

Bokenstrand, Cecilia. (2000). *Den politiska budgeten*. Göteborg: CEFOS.

Brorström, Björn & Solli, Rolf. (1990). *Kommunekonomi. Principer, Praxis och Problem*. Lund: Studentlitteratur.

Brorström, Björn. (1995). *Styrningens villkor och effekter i professionella organisationer. En studie av nya styrformer inom sjukvården*. Lund: Studentlitteratur.

Brunsson, Nils. (1986). *Politik och ekonomi – en kritik av rationalitet som samhällsföreställning*. Lund: Doxa Ekonomi.

Bruzelius, Lars H., Skärvad, Per.-Hugo. (2000). *Integrerad organisationslära*. Lund: Studentlitteratur.

Collin, Sven-Olof & Hansson, Lennart. (1993). *Kommuner och landsting i förändring*. Lund: Studentlitteratur.

Danielson, Albert. (1977). *Företagsekonomi- en översikt*. Lund: Studentlitteratur.

Ejvegård, Rolf. (1996). *Vetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.

Emmanuel, Cleve, Otley, David T. & Merchant, Kenneth A. (1990). *Accounting for management control*. London: Chapman & Hall.

Ezzamel, Mahmoud. (1990). The impact of environmental uncertainty, managerial autonomy and size of budget characteristics. *Management accounting research*, nr. 1, s. 181-197.

Folland, Sherman, Goodman, Allen C. & Stano, Miron. (1997). *The economics of health and health care*. Second edition. New Jersey: Prentice Hall .

Gailbraith, Jay R. (1973). *Designing complex organizations*. Reading, Mass. Serie: Addison-Wesleyseries on organizational development.

Gordon, Lawrence A. & Miller, D. (1976). A contingency framework for the design of accounting information systems. *Accounting, Organizations and Society*. Vol. 1, s.59-70.

Greve, Jan. (1999). *Ekonomisystem och affärsstrategier*. Uppsala: Uppsala universitet.

Gustafsson, Agne. (1988). *Kommun och landsting idag*. Malmö: Liber.

Gustafsson, Agne. (1999). *Kommunal självstyrelse*. Stockholm: SNS Förlag.

Hellström, Mikael. (2002). *Resultatenheter i kommunalteknisk verksamhet – struktur, process och effekt*. Lund: Lund Business Press.

Holme, Idar Magne & Solvang, Bernt Krohn. (1997). *Forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Hugo, Lars. (2003). Underskottet har ökat till 7,3 miljarder. *Landstingsvärlden*, nr. 8.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Jarefors, A. (1991). Vad kan företagsekonomi bidra med i offentlig sektor. *Ekonomi och styrning*, nr. 1.

Johansson, Christer. (1998/1999). Budgetering i omvandling – avveckling eller utveckling? *Økonomistyring & Informatik – 14*, nr. 5.

Khandwalla, Pradip N. (1972). The effects of different types of competition on the use of management control. *Journal of Accounting Research*, nr. 10, s. 275-285.

Kommunallagen (1991:900).

Krag Jacobsen, Jan. (1993). *Intervju, Konsten att lyssna och fråga*. Lund: Studentlitteratur.

Kvale, Steiner. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

- Lindsjö, Kristian & Petkovska, Violeta. (2003). *Ekonomistyrning i svenska landsting – resursfördelningsmodellerna och resursomvandlingsmodellerna påverkan på budgetutfall*. Lund: Magisteruppsats, Lunds universitet.
- Lindsjö, Kristian, Lundgren, Henrik & Petkovska, Violeta. (2002). *Region Skånes budgetprocess – i påverkan av aktörer och organisationsstruktur*. Lund: Kandidatuppsats, Lunds universitet.
- Merchant, Kenneth A. (1981). The design of the corporate budgeting system: influences on managerial behaviour and performance. *The Accounting Review*, LVI, s. 813-829.
- Merchant, Kenneth A. (1984). Influences on departmental budgeting: an empirical examination of a contingency model. *Accounting, Organizations and Society*, nr. 9, s.297-307.
- Merchant, Kenneth A. (1985). Budgeting and the propensity to create budget slack, *Accounting, Organizations and Society*, nr. 10, s. 201-10.
- Niklasson, Lars. (2003). Ledare. *Kommunal ekonomi*, nr. 1.
- Olsson, Jan & Skärvad, Per-Hugo. (2000). *Företagsekonomi 99*. Malmö: Liber ekonomi.
- Otley, David T. (1978). Budget use and managerial performance. *Journal of Accounting Research*, nr. 16, s. 122-149.
- Otley, David T. (1980). Contingency theory of management accounting: achievement and prognosis. *Accounting, organizations and society*, nr. 5, s. 413-428.
- Otley, David T. (1999). Performance management: a framework for management control systems research. *Management Accounting research*, nr. 10, s. 363-382.
- Paulsson, Gert. (1993). *Accounting Systems in Transition – A case study in the Swedish health care organization*. Lund University Press.
- Paulsson, Gert. (1990). *Ekonomistyrning med hjälp av DRG. En metod för produktivitet och effektivitet?* Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE).

Petterson, Thomas. (2003). Det våras för balanskravet - men förändring mot en mer flexibel lag väntas. *Kommunal ekonomi nr. 2, s. 8-11.*

Samuelson, Lars A. (red) (1989). *Controllerhandboken*. Borås: Sjuhäradsbygdens Tryckeri AB. Mekanförbundets förlag.

Samuelson, Lars A. (1986). Discrepancies between the roles of budgeting, *Accounting, Organization and Society, nr. 11. S. 35-45.*

Seymour, Daniel T. (1992). *Marknadsundersökningar med kvalitativa metoder*. IHM Förlag AB.

Socialstyrelsen. (1976). *Hälso- och sjukvården inför 80-talet*. Socialstyrelsen Anser 1976:1. Stockholm: Liber distribution.

Van de Ven, Andrew H. & Drazin, R. (1985). "The Concept of Fit in Contingency Theory". *Research in Organizational Behaviour, vol 7, s. 333-365.*

Wiedersheim-Paul, Finn & Eriksson, Lars Torsten. (1997). *Att utreda och rapportera*. Malmö: Liber.

Årsredovisning för Landstinget Halland 2001.

Årsredovisning för Landstinget Halland 2002.

Årsredovisning för Region Skåne 2001.

Årsredovisning för Region Skåne 2002.

Årsredovisning för Stockholms läns landsting 2002.

7.2 Elektroniska källor:

Hallands län. (2003).

www.lthalland.se/extra/page/?action=page_show&id=2&module_instance=92,
2003-06-16.

Landstingsförbundet. (2003a). <http://www.lf.se/landstingsinfo/hist.htm>, 2003-04-09.

Landstingsförbundet. (2003b). Landstingens ekonomi – april 2003.

http://www.lf.se/sek/download/Landstingens_ekonomi_april_2003.pdf, 2003-04-09.

Region Skåne. (2003). www.skane.se, 2003-06-16.

Statistiska Centralbyrån.(2003). www.scb.se, 2003-06-05.

7.3 Intervjuer

Anell, Anders. Verkställande direktör för Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE), 2003-04-25.

Bengtsson-Rijavec, Ingrid. Budgetchef, Region Skåne, per telefon 2003-05-16.

Håkansson, Christer. Budgetchef, Landstinget Halland, per telefon 2003-05-07.

Skuja, Uldis. Budgetchef Lunds kommun, 2003-04-29.

Centralsjukhuset i Kristiansstad:

Grybäck, Ingmar. Verksamhetschef kirurgkliniken, 2003-05-07.

Larsson, Jan. Ekonomichef, 2003-05-07.

Persson, Henrik. Klinikekonom, 2003-05-13.

Persson, Jesper. Verksamhetschef medicinkliniken, 2003-05-13.

Länssjukhuset i Halmstad:

Hedegård, Mikael. Ekonomichef, 2003-05-14.

Jørgensen, Finn. Verksamhetschef öron-näsa-halskliniken, 2003-05-14.

Rumpunen, Eeva. Budgetsamordnare och klinikekonom röntgen, 2003-05-14.

Weiber, Staffan. Verksamhetschef kirurgkliniken, 2003-05-14.

Bilaga 1 - Frågor om budgetering

Centralsjukhuset i Kristiansstad och Länssjukhuset i Halmstad:

Allmänt om intervjuobjektet

- Hur länge i positionen?

Interna och externa förutsättningar

- Hur ser organisationsstrukturen ut?
- Verksamhetens karaktär (klinikchef)?
- Har ni resultatansvar eller kostnadsansvar?
- Röntgen är en serviceenhet, har ni resultatansvar eller kostnadsansvar? (Frågan gäller enbart röntgenkliniken.)

Syften med budgeteringen

- Varför budgeterar ni?
- Vad är huvudsyftet med budgeten, exempel motivation och samordning? Om flera, vilken av syftena väger tyngst och är viktigast?
- Vilken tidsram har ni för budgetarbetet? Klarar ni av att hålla denna?

Allmänt om budgetering

- Tycker du att budgeteringen är ett bra styrverktyg inom den offentliga sektorn respektive sjukhus? Vad finns det för alternativ?

Budgetprocess

- Hur går budgetprocessen till, build-up metod eller break-down metod?
- Hur går budgetarbetet till (noll-bas eller inkrementell)?
- Budgetanvisningar, karaktär, från vem/när/hur?
- Verksamhetsplaner, användning/karaktär/omfång/tidsåtgång?
- Formella budgetmöten, när/med vem/karaktär?
- Uppföljning av budget, av vem/av vad/hur ofta/avvikelseanalys/åtgärder av avvikelser?
- Hur ser du på budgetprocessen/budgetar/uppföljning?
- Har budgetprocessen, break-down eller build-up metod, någon betydelse för hur budgeten fungerar som styrverktyg på sjukhusnivå?
- Hur tror du att synen på budgeten förändras ju längre ner i sjukhusorganisationen man kommer?
- Belöningssystem? Är det kopplat till budgeten?
- Budgetering/uppföljning av prestationer?
- Utvecklingstendenser kring budgetering/uppföljning/attityder?
- Upplevda problem/brister?

Ekonomi

- Uppfyller ni budgetkraven (på kliniken) ?
- Hur har ekonomin sett ut bakåt i tiden?
- Vad tror du att den främsta orsaken till att sjukhuset går med underskott?

Bilaga 2 - Intervju av branschkännare

- Tycker du att budgeteringen är ett bra styrverktyg inom offentliga sektorn? Vad finns det för alternativ?
- När man fördelar pengarna kan olika fördelningsmodeller användas t.ex. (programbudget), rambudget, köp-sälj-modeller. Tror du denna typ av fördelning har betydelse för den ekonomiska situationen i landstinget.
- Vilken tror du ger bäst förutsättningar för att fördela pengar inom varje landsting?
- Vem tycker du ska göra prioriteringar på sjukhusen, vem ska få behandling och vem ska prioriteras bort? Politiker?
- Hur tycker du att synen på budgeten har förändrats ju längre in/ned i organisationen man kommer?
- Tycker du att ekonomidiskussionen tagit överhand framför diskussionen om vem som ska få vård och inte (dvs. prioriteringar)?
- Anser du att budgeteringen har fått en undanskymd roll (som styrinstrument) i landstinget de senaste åren? Om ja, vad används som styrverktyg istället?
- Tror du att balanskravet i kommunallagen har lett till någon förbättring av den ekonomiska situationen?
- Skulle balanskravet hållas bättre om det tillkommer sanktioner?
- Har balanskravet lett till att landstingen förskönar siffror för att uppnå kravet?
- Har du någon uppfattning om anledningen till att landstingens underskott ökat den senaste tiden?
- Har budgetprocessen, exempelvis break-down eller build-up metod, någon betydelse för hur det fungerar som styrverktyg på sjukhusnivå?

- Har budgetens roll någon koppling till landstingens försämrade ekonomi ?
- Vilken fördelningsnyckel tror du den vanligaste vid fördelning av pengar inom varje sjukhus? Finns det något bättre alternativ?

Bilaga 3 - Respondenter

Följande personer deltog i studien:

Branschkännare

Anders Anell, Verkställande direktör för Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE). Anders Anell har tidigare forskat inom budgetering i landstingen och hans doktorsavhandling ”Från central planering till lokalt ansvar - budgeteringens roll i landstingskommunal sjukvård” behandlar detta område.

Uldis Skuja, Budgetchef Lunds kommun. Uldis Skuja har arbetat som budgetchef för Lunds kommun sedan 1990.

Centralsjukhuset i Kristiansstad:

Jan Larsson, ekonomichef

Jan Larsson har arbetat tre år på sin position som ekonomichef. Innan dess jobbade han på regionkontoret och var med vid bildandet av Region Skåne.

Henrik Persson, klinikekonom

Henrik Persson är verksamhetsekonom för medicinsk service (röntgen, klinisk fysiologi, isotoplabb, medicinsk teknik, sjukgymnastik och arbetsterapi) och klinikekonom för akutmottagningen. Han har arbetat på denna position i drygt tre år.

Ingmar Grybäck, verksamhetschef Kirurgkliniken

Ingmar Grybäck är tillförordnad verksamhetschef på kirurgkliniken sedan januari 2003, men har även tidigare arbetat som ställföreträdande i perioder under flera år.

Jesper Persson, verksamhetschef medicinkliniken

Jesper Persson har arbetat som verksamhetschef för sjukhusets största klinik, medicinkliniken, i två och ett halvt år och sitter även med i ledningsgruppen för sjukhuset.

Centralsjukhuset i Halmstad:

Mikael Hedegård, ekonomichef

Mikael Hedegård har arbetat i nio månader för länssjukhuset i Halmstad. Han har tidigare arbetat inom privata näringslivet som ekonom.

Eeva Rumpunen, budgetsamordnare och klinikekonom röntgen

Eeva Rumpunen har arbetat som klinikekonom i sju år och sedan två år arbetar hon även som som budgetsamordnare för hela sjukhuset.

Staffan Weiber, verksamhetschef kirurgkliniken

Staffan Weiber arbetar sedan åtta år tillbaka som verksamhetschef för kirurgkliniken.

Finn Jörgensen, verksamhetschef öron-näsa-halskliniken

Finn Jörgenson har haft sin position som verksamhetschef på öron-näsa-halskliniken i sju år.

Abstract

In Sweden, the county council is an important governing body with its primary responsibility over the healthcare sector. As one of its governing principles (also enforced by municipal laws), each year it requires all hospitals to establish their own budgets, which in turn are used as a management control tool. Under weakening economic conditions over the last few years (i.e. tightening on public sector spendings) and hospital budgets being made in such circumstances, this study aims to analyze the effectiveness of the budget as a management control tool. Two different hospitals under two different country councils are closely examined. Interviews are conducted with heads of medical clinics and heads of finance at Länssjukhuset in Halmstad and Centralsjukhuset in Kristianstad. The contingency theory of budgeting is applied as a main analytical tool.

The results show that it is not the budget and/or budgeting process that fail to act as a management control tool, it is rather the problems/issues discovered in the external and internal conditions of these hospitals.

Keywords:

- Budget
- County Council
- Hospital
- Management control tool
- Contingency theory of budgeting