

Makten över sjukhuset

**En undersökning av budgetpraxis
inom svensk sjukvård**

av Edgar Borgenhammar

STUDIER OCH DEBATT



Makten över sjukhuset

Makten över sjukhuset

*En undersökning av budgetpraxis
inom svensk sjukvård*

Av EDGAR BORGENTHAMMAR



Studieförbundet Näringsliv och Samhälle

Studier och debatt

utges av Studieförbundet Näringsliv och Samhälle
Sköldungagatan 2 · 114 27 Stockholm · Telefon 08/23 25 20
Postgiro 35 62 60

Nr 1 1968 · 16:e årg.

Tryckt hos Bohusläningens AB, Uddevalla 1968

SNS — STUDIEFÖRBUNDET NÄRINGS LIV OCH SAMHÄLLE

är en ideell sammanslutning av enskilda personer inom svenskt näringsliv, fristående från politiska partier och intresseorganisationer. Genom vetenskaplig forskning, konferenser samt studier och debatt i lokala grupper vill SNS sprida kunskap om ekonomiska och sociala förhållanden, stimulera till positiva insatser i arbets- och samhällsliv och till individuella ställningstaganden i den allmänna debatten.

Innehåll

FÖRORD	9
1 SJUKVÅRD OCH EKONOMI	11
Ekonomi och etik i sjukvården	11
Forskning i sjukhusadministration	17
2 BUDGETSYSTEMETS SYFTEN	21
Budgetens och budgetsystemets syften	21
Budgetsystemet som instrument för anslagsbeviljarnas avgöranden	23
Budgetsystemet som instrument för påverkan av anslagsäskarnas beteende	27
Budgetsystemet som instrument för administrativ sakkontroll	35
Budgetsystemet som hjälpmedel vid prissättning	39
Budgetsystemets syften och intressentrelationer	40
3 BUDGETENS UPPBYGGNAD	42
Budgetens specificeringstyp	42
Budgetens befogenhetsaspekt	51
Budgetens omfattning	52
Budgetens tidshorisont	54
Budgetens periodiseringsaspekt	56
Budgeteringens startpunkt	58
Några andra budgetbegrepp	59
4 SAMBAND MELLAN BUDGETENS UPPBYGGNAD OCH SYFTENA	61
Anslagsbeviljarna och budgetalternativen	61
Anslagsäskarna och budgetalternativen	70
Sakkontrollen och budgetalternativen	77

Prissättningen och budgetalternativen	80
Slutsatser	82
5 LANDSTINGENS BUDGETARBETE	85
Urvalet av intervjuade personer	86
Hur startar budgetarbetet?	87
Överläkarnas budgetarbete	87
Sjukhusledningens budgetarbete	90
Direktionens budgetarbete	92
Landstingskansliets budgetarbete	93
De folkvaldas slutgiltiga granskning	96
Önskemål om central vägledning	98
Budgetarbetets tidsanspråk	99
Hur behandlas överskridande av anslag?	101
Långsiktplanering i landstingen	103
Tillfredsställelsen med budgetsystemet	108
6 BUDGETARBETET VID STORSTÄDERNAS OCH STATENS SJUKHUS	111
Urvalet av intervjuade personer	111
Göteborgs rambudget	112
Stockholms budgetanslag	115
Budgetarbetet för statens sjukhus	119
Sammanfattning av budgetpraxis	123
7 STRATEGI OCH TAKTIK I BUDGETARBETET	125
Motiveringarna i budgetäskandena	126
Omprövning av tidigare anslag	128
Äskanden med prutmån?	132
Förvägsäskanden	135
Minskar anslag som visar överskott?	138
Föreligger förbrukningsautomatik?	141
8 INFLYTANDET ÖVER BUDGETEN	143
Inflytandet inom landstingen	143
Inflytandet inom landstingsfria städer och staten	152
Politikernas och tjänstemännens beslut	154
9 DECENTRALISERING AV EKONOMISKA BESLUT	156
Att disponera belopp inom en viss ram	157

Är sjukhusledningens befogenheter starkt begränsade?	160
Klumpbudgeten och överläkarnas tidsanvändning	167
Behövs ökad kontroll?	168
Överläkarnas skrivarbete	173
Hur bör budgeten specificeras?	174
10 FINANSIERING PÅ LÄNGRE SIKT	179
Flerårsplaneringens fördelar	179
Svårigheter vid flerårsplanering?	181
Skepsis mot flerårsplanering	182
Bör budgetsystemet ge större möjlighet till långsiktig planering?	184
Ökar viljan att ompröva tidigare anslag vid flerårsbudget?	186
De folkvalda och flerårsperspektivet	188
11 ATTITYDER TILL BUDGETSYSTEMETS SYFTEN	190
Budgetsystemet och anslagsbeviljarna	190
Budgetsystemet och anslagsäskarna	201
Rangordning av budgetsystemets syften	214
Läkarlönerna	219
BILAGA 1. SAMMANFATTNING AV UNDERSÖKNINGENS ANTAGANDEN OCH RESULTAT	222
BILAGA 2. LITTERATUR	230
SAKORDSREGISTER	239
TABELLFÖRTECKNING	243

Förord

Hur bedrivs planerings- och budgetarbetet vid svenska sjukhus? Vilka har det största inflytandet på anslagens storlek och fördelning: politikerna, landstingsdirektörerna, överläkarna eller sjukhusadministratörerna? Framkommer landstingsskattens storlek som ett efterhandsresultat när budgeten är färdig? Eller är det kanske så att man som ett första led i budgetarbetet fastställer en politiskt möjlig skattesats inom vilken kostnaderna skall rymmas?

Svaren på dylika frågor framstår som mycket viktiga. Hälso- och sjukvården tar betydande resurser i anspråk. Det allmännas nettokostnader för hälso- och sjukvård överstiger för närvarande 6 miljarder kronor per år. Mer än 120 000 personer arbetar inom sjukvården. Etiska hänsyn gör de ekonomiska övervägandena inom sjukvården sällsynt komplicerade. Studieförbundet Näringsliv och Samhälle (SNS) räknar därför med att föreliggande bok om den ekonomiska beslutsprocessen inom sjukvården skall ha ett betydande allmänt intresse.

SNS har tidigare publicerat några uppmärksammade böcker om besluts- och planeringsproblem. Denna bok om teoretiska och praktiska budgetproblem ansluter sig väl till böckerna om enskild och offentlig långsiktplanering. Till dem som har rent professionella motiv att läsa boken hör därför inte enbart de som sysslar med sjukhusadministration utan även alla de som i enskild eller offentlig tjänst kommer i beröring med budgetfrågor.

Boken är skriven av ekon.lic., socionom, Edgar Borgenhammar. Den utgör till stora delar en sammanfattning av vissa delar av de undersökningar inom sjukhusadministration och budgetlära, som Borgenhammar under flera år bedrivit inom sektionen för förvaltningsekonomi vid Ekonomiska forskningsinstitutet vid Handels-

FÖRORD

högskolan i Stockholm (EFI) samt vid University of California, Berkeley. Underlag för studiens empiriska del utgör utförliga intervjuer med budgetprocessens nyckelpersoner.

Det är ogörligt att här tacka alla de personer och institutioner som på olika sätt bidragit till att denna bok kommit till. Ett särskilt tack skall dock riktas till Stockholms stad och förutvarande Rådet för sjukhusdriftens rationalisering som genom finansiellt stöd möjliggjort undersökningarnas genomförande.

Inom SNS har civilekonom Hans Eisler och undertecknad, Göran Albinsson, biträtt författaren i arbetet med bokens slutgiltiga utformning.

Stockholm i september 1968

Thomas Thorburn

Professor i företagsekonomi vid
Handelshögskolan i Stockholm

Göran Albinsson

Verkst. direktör i SNS

1 Sjukvård och ekonomi

Ekonomi och etik i sjukvården

Liksom skolor och badhus, frisersalonger och ålderdomshem tillhandahåller sjukhuset personliga tjänster. De tjänster sjukhuset producerar kan sammanfattas som "hälsa, minskat lidande och längre liv".

Hälsa är enligt Världshälsoorganisationens stadga "ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och ej endast frånvaron av sjukdom eller skröplighet. Hälsa på högsta nivå är en av de fundamentala rättigheter som tillkommer varje mänsklig varelse utan åtskillnad till ras, religion, politisk åskådning, ekonomiska eller sociala förhållanden."

När man talar om hälsa som ett fullkomlighetstillstånd, som Världshälsoorganisationen gör, är man inne på en orealistisk och analytiskt oanvändbar beskrivning. Hälsa och sjukdom är inte två klart motsatta, alternativa tillstånd. I stället får man betrakta hälsa som en mångdimensionell funktion, som hänger samman med individens subjektiva påståenden liksom med klart framträdande eller dolda tecken på välbefinnande eller motsatsen. Var gränsen dras mellan hälsa och sjukdom beror till stor del på de faktorer som står i centrum för intresset och vem som gör bedömningen.

Även om hälsa, mindre lidande och längre liv kan åstadkommas, om sjukvården får större resurser, är det inte säkert att just sjukvården bör ges dessa resurser. Hänsyn måste nämligen för det första tas till om samma resultat kan nås effektivare på andra sätt. Man kan t.ex. välja mellan att satsa ett givet belopp på utbyggnad av vägnätet eller på sjukhusens olycksfallsmottagningar. För det andra får hänsyn tas till att människorna har andra mål än bättre

hälsa. De vill ha större bostäder, fler bilar, mera kläder och färg-televisionsapparater. I ett samhälle som eftersträvar full sysselsättning innebär varje beslut att producera mer sjukvårdstjänster också ett beslut att avstå från produktion av något annat. Det måste således ske en fördelning av anslagen på sjukvård och andra områden.

Hur mycket satsar Sverige på sjukvård?

Få konsumtionsområden har under 1900-talet expanderat lika snabbt som sjukvården. Enligt långtidsutredningens bedömning kommer hälso- och sjukvården att även under de närmaste åren bli en mycket expansiv sektor.¹ I dag sysselsätter den mer än 120 000 personer. Mer än en femtedel av den offentliga konsumtionen avser utgifter för hälso- och sjukvård. Härav svarar sjukhusen för den dominerande delen.

Satsningen på hälso- och sjukvård har troligen betytt mycket för den ökning av medellivslängden som skett under de senaste hundra åren. Många sjukdomar som tidigare ansågs obotliga, kan nu behandlas med framgång. Förutom att människorna i genomsnitt lever längre är de också arbetsföra en större del av livet.

Produktionen av sjukvårdstjänster sker i Sverige till övervägande del i offentlig regi. Detta gäller i särskilt hög grad vad som brukar kallas den slutna sjukvården, dvs. den som inlagda patienter åtnjuter vid sjukhus och andra vårdanstalter.

Landstingen är huvudmän för de flesta sjukhusen, och kostnaderna bestrids till största delen genom landstingsskatten. Landstingen har haft hand om slutna kroppssjukvård sedan 1863. Mentalsjukhusen drevs av staten fram till årsskiftet 1966—67, då de övergick till landstingen. I de landstingsfria storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö drivs sjukvården i städernas egen regi. Så var också fallet i Norrköping fram till 1967, då Östergötlands läns landsting övertog vården från staden. Staten driver några få sjukhus, t.ex. Karolinska sjukhuset, samt dessutom Akademiska

¹ Svensk ekonomi 1966—70 med utblick mot 1980. Stockholm 1966. (SOU 1966:1.)

sjukhuset i Uppsala i samarbete med Uppsala läns landsting. Det finns också ett litet antal privata sjukhus i Sverige, men i det följande bortses från dessa.

Av landstingens utgifter går drygt 80 procent till hälso- och sjukvård. För de tre landstingsfria storstäderna var motsvarande andel 1965 ungefär 20 procent. År 1965, då mentalsjukvården ännu var statlig, uppgick kostnaderna för hälso- och sjukvård till knappt 5 procent av statens utgifter.

Hur kan expansionen förklaras?

Varför har samhällets utgifter för sjukvård ökat så snabbt? De stigande realinkomsterna har troligen varit en bidragande faktor till att allmänheten successivt har efterfrågat ett växande antal sjukvårdstjänster. Befolkningsutvecklingen har också spelat en roll. För det första har antalet invånare i Sverige ökat med drygt 3,5 milj. under de senaste 100 åren. För det andra har särskilt under de senare decennierna befolkningspyramiden förskjutits på ett sätt som har lett till större efterfrågan på sjukvård. Andelen äldre personer vilka svarar för en väsentlig del av sjukhusefterfrågan har nämligen ökat kraftigt.

Urbaniseringen, motoriseringen och förskjutningen i sysselsättningsstrukturen har givetvis påverkat sjukvårdsefterfrågan.

En väsentlig men svårtolkad faktor bland dem som bestämmer efterfrågan är utvecklingen av priserna inom sjukhusvården. Med hänsyn till att rationaliseringsmöjligheterna är små inom sjukvården jämfört med andra områden har kostnaderna för sjukvårdstjänsterna stigit mer än den allmänna kostnadsnivån. Emellertid är sjukvårdstjänsterna starkt subventionerade av det allmänna. Det pris konsumenten direkt betalar för en viss behandling i slutenvård har relativt sett sjunkit under en följd av år. Priset är praktiskt taget satt ur spel som regulator för efterfrågan på slutenvård.

Mycket pekar också på att allmänhetens preferenser visavi sjukvårdskonsumtionen har förändrats på ett sätt som starkt har ökat efterfrågan. Kunskapen har ökat om värdet av de tjänster sjukhuset erbjuder.

Man får också komma ihåg att kunden, "patienten", oftast inte själv bestämmer om han skall läggas in; detta avgörs av läkarna med hänsyn till det medicinska behovet. Läkarvetenskapens framsteg har betytt ökade möjligheter att upptäcka och behandla sjukdomar. Den allmänna uppfattningen om vad som är godtagbar vård har förändrats och medfört starkt ökade krav på resurser.

Den faktiskt konstaterade konsumtionen av sjukhusvård är resultatet av ett samspel mellan efterfrågan och utbud. Den företeelse som brukar kallas "sjukvårdskris" är ett bevis på bristande jämvikt inom sjukvårdsmarknaden. Prisregulatorn eller vad som populärt brukar kallas "ransonering med plånboken" har ersatts av ett kösystem.

Det är värt att lägga märke till att den slutna vården är betydligt mer subventionerad än den öppna. I vissa fall kan öppna och slutna vård förekomma alternativt. För patienten är den öppna vården ofta dyrast, medan den ibland från samhällsekonomisk synpunkt är fördelaktigast, eftersom den inte i så hög grad kräver reala resurser. Utformningen av subventioneringen kan följaktligen leda till en föga rationell användning av samhällets resurser.

Offentlig, subventionerad sjukvård

Det starka offentliga engagemanget inom sjukvården har drivits fram av flera motiv.

Som ovan har nämnts är få sjukhus privatägda, och detta förhållande är inte unikt för Sverige. En förklaring härtill torde vara att det allmänna önskar direkt kontroll över en känslig sektor i samhället.

Inom ekonomisk teori brukar främst två skäl anföras för offentlig inblandning i prisbildningen, när inkomstfördelningen anses "acceptabel". Det första är förekomsten av s.k. externa effekter. Det andra skälet är att man inte vill godkänna konsumenternas preferenser. På sjukvårdsområdet gäller båda motiven. Som exempel på externa effekter kan väljas sjukdomar med smittorisker. Det är ett ytterst viktigt samhällsintresse att sådana sjukdomar snabbt spåras upp, isoleras och behandlas.

Allmänhetens konsumtionspreferenser är sådana att sjukdomsriskerna ofta underskattas, så länge inte symtomen är påtagliga. Detta kan medföra att personer inte i tid försäkrar sig om behövlig vård. För att stimulera individen till bättre omsorg om hälsan har samhället ingripit och minskat de ekonomiska hindren för sjukvård. Till detta kommer att andra personer än läkarna kan fatta beslut om andras behov av vård. Som ett exempel kan nämnas att föräldrarna i många fall avgör om barnen är i behov av vård. Det ligger i samhällets intresse att värna om barnens hälsa.

I tidigare resonemang förutsattes att inkomstfördelningen var "acceptabel". Om inte denna förutsättning är uppfylld, kan subventionerad sjukvård betraktas som ett medel att få en "rättvisare" inkomstfördelning. Att den slutna sjukvården endast åsätts symboliska priser dikteras utan tvivel av jämlikhetskrav.

Att bestämma sjukvårdens omfattning och inriktning

Eftersom sjukhusvårdens omfattning och inriktning inte regleras genom marknadsmässiga priser, är det de offentliga organens och speciellt de politiskt valda förtroendemännens uppgift att besluta detta.

Det är vanligt att resonera om resursfördelningen i etiska termer: "Hälsa är en odiskutabel mänsklig rättighet", "människoliv kan inte värderas i pengar". Det anses alltså oetiskt att lägga ekonomiska aspekter på vårdfrågorna.

Som inledningsvis nämndes är det felaktigt att framlägga problemet på detta sätt. Man kommer inte ifrån att en avvägning *måste* göras mellan utgifter för sjukvård och utgifter för andra samhällsbehov. Möjligen kan man lösa fördelningsproblemen *inom* sjukvården med den etiska tumregeln att alla individer skall ha samma rätt till förstklassig sjukvård. Det är dock uppenbart att vad som är förstklassig sjukvård — och därmed hur stor sjukvårdens totala omfattning skall vara — inte kan härledas ur några etiska principer.

Ett annat sätt att lägga upp problemet är att betrakta det som en samhällelig investeringskalkyl. Principen blir då att sjukvårdsutgifterna får växa, så länge de förhindrar ett produktionsbortfall

som är större än kostnaden för att undvika detta bortfall. En sådan beräkningsmetod innebär i klarspråk att barn och åldringar kommer i sämre läge, barnen därför att deras produktion är avlägsen i tiden och åldringarna därför att de inte längre ger några eller endast små bidrag till produktionen. Utifrån detta synsätt blir det lönsammare att inrikta vården på andra grupper.

Sjukvårdens omfattning och inriktning måste i varje fall bestämmas på ett eller annat sätt. Kunskaperna om relationen mellan insatser och resultat är diminutiva på sjukvårdens område. Detta innebär att man inte heller vet om sjukvårdens effekter verkligen överensstämmer med politikernas intentioner.

Man har en känsla av att beslutsfattarna på sjukvårdens område — såväl inom sjukhusen som på det politiska planet — känner sig tvingade att sticka huvudet i busken, när avvägningsfrågorna ställs på sin spets. Överläkare *Ragnar Frykholm*, Södersjukhuset i Stockholm, ger följande dramatiska illustration av problemet:¹

Tillgång till modern respiratorbehandling har emellertid medfört ett dilemma som många sjukhusläkare ställs inför. Om en patient plötsligt slutar andas till följd av hastigt inträdande intrakraniell tryckstegring, kopplas en respirator på. Hjärtat kan sedan fortsätta att slå i upp till tre veckor, ifall man kontrollerar vätskebalans, tillför adekvat nutrition och hjärtstimulantia.

Eftersom det blott i ett fåtal speciella fall går att snabbt sänka det intrakraniella trycket är de allra flesta av dessa fall hjärndöda. Stänger vi av respiratorn, är detta enligt i Sverige gällande regler liktydigt med mord. Dessa fall måste därför i stället ägnas en ytterst dyrbar ”intensivvård” under 3 veckors tid till absolut ingen nytta. Om nu alla tillgängliga respiratorer är upptagna och det kommer in ett fall av annan art som skulle kunna räddas till livet med bara ett enda dygns respiratorbehandling — vad gör man då? Det är bäst att lämna frågan obesvarad.

I praktiken går det inte att lämna frågan obesvarad. Läkaren

¹ Svenska Dagbladet den 2 augusti 1968.

måste besvara den i en given situation. Det är dock inte bara läkaren som står inför detta svåra avgörande. De instanser som är ansvariga för hur många respiratorer som skall vara tillgängliga fattar i princip ett motsvarande beslut. De väger sjukvårdskonsumtion mot annan konsumtion, de väger en sjukkategoris välbefinnande mot en annans.

Hur går det till, när sådana beslut träffas i praktiken? Hur resonerar de som närmast är ansvariga — politiker, administratörer, överläkare? Vad har de för kriterier, när de besvarar avvägningsfrågorna? Hur värderar de olika hjälpmedel i budgetarbetet? Denna bok skall försöka ge svar på några av dessa brännande frågor.

Forskning i sjukhusadministration

Undersökningen har berört två studieområden, nämligen sjukhusadministration och budgetlära. En kombination av dessa var erforderlig med tanke på frågorna om ekonomi och politik i sjukvården. Först lämnas en teoretisk föreställningsram inom budgetområdet. Denna återspeglas i kapitlen 2, 3 och 4. Därefter redovisas i kapitlen 5—11 material från fältstudierna.

Den amerikanske socialpsykologen *Charles Perrow* ger i en artikel intryck av att sjukhusadministrationen blivit noga genomforskad. Han skriver nämligen:¹

Studerar man de årliga förteckningarna över pågående avhandlingsarbeten för doktorsgraden i sociologi får man intrycket att sjukhuset är den oftast studerade organisationen i vårt samhälle.

Andra menar att kunskapen om mål och medel för samordning inom sjukhusen är begränsad, då ganska få studier har utförts inom området. De amerikanska socialpsykologerna B. S. Georgopoulos och F. C. Mann² anser rentav att sjukhuset kan göra an-

¹ Perrow, C., *Hospitals. Technology, structure and goals*. Handbook of organizations. Ed. by J. G. March. Chicago 1965, s. 910.

² Georgopoulos, B. S. & Mann, F. C., *The community general hospital*. Ann Arbor 1962, s. 588.

språk på den tvivelaktiga äran att vara den minst utforskade av samhällets mera betydelsefulla organisationer. Vetenskapsmännen har bara ägnat sjukhuset en bråkdel av den uppmärksamhet som vore berättigad med hänsyn till dess betydelse. Vår kunskap om sjukhusets funktion och problem är utomordentligt begränsad, säger Georgopoulos och Mann.

Båda de refererade påståendena avser amerikanska förhållanden. För Sveriges del torde det senare vara riktigt. I USA finns sjukhusadministrativ utbildning vid ett femtontal universitet. I Sverige kan anslagen till forskning i sjukhusadministration räknas i hundradels promille av sjukhusens kostnader.

Anslagens storlek i och för sig är emellertid en dålig mätare av resultatet, eftersom ett klart samband mellan insats och resultat inte alltid behöver föreligga. Den forskning som bedrivs i andra länder kan också komma Sverige till godo. Varierande institutionella förhållanden kan begränsa resultatens giltighet. I längden torde det vara otillfredsställande för Sverige att i betydande utsträckning vara hänvisad till andra länders forskning inom ett så viktigt område.

Litteratur om sjukhusadministration

Det är mycket svårt att dra gränsen mellan sjukhusadministration och besläktade områden som medicinsk sociologi, socialmedicin och företagsadministration. Till sjukhusadministration bör hänföras frågor om sjukhusets ”styrning”, dvs. ledningens samordnande åtgärder för att nå sjukhusverksamhetens syfte.

Med någon generalisering kan man säga, att den sjukhusadministrativa litteraturen huvudsakligen hållit sig till följande tre problem:

1. Hur kan befogenheter och arbetsuppgifter fördelas, så att ledningens avsikter fullföljs?
2. Hur kan lämplig tidsåtgång för olika arbetsuppgifter beräknas?
3. Vilka samband föreligger mellan individernas motivation och skilda administrativa åtgärder?

Det första av dessa tre problem har ägnats ganska stor uppmärksamhet i tillgänglig svensk litteratur. Flera offentliga utredningar har behandlat frågan hur sjukhusen skall ledas. De formella, rättsliga aspekterna har för det mesta stått i förgrunden. Det har således gällt att få fram regler och möjliggöra kontroll av att dessa följs. Fördelningen av arbetsuppgifter och befogenheter på lägre nivåer har studerats av olika sjukhushuvudmän.

Den litteratur som berör tids- och frekvensstudier utgår från att den dominerande delen av sjukhusets kostnader utgörs av löner. Därför vore det värdefullt, om man kunde få fram arbetsmetoder som innebar tidsbesparing utan kvalitetssänkning. Frågan är särskilt aktuell med tanke på personalsituationen. I de utförda undersökningarna har man över lag studerat enskilda sjukhus eller funktioner. Under de senaste tio åren har detta område varit aktuellt i den sjukhusadministrativa litteraturen.

I Sverige har en utveckling skett från en "auktoritär" till en mera "demokratisk" samhällssyn. Medan tidigare ett hot om sanktioner tillmättes relativt stor betydelse, betonas numera ofta möjligheterna till "självförverkligande" som arbetsmotiv. I de senaste decenniernas litteratur om administration finner man flera bidrag som behandlar detta. Där betonas med flera olika motiv individens möjligheter till inflytande och ansvar. Dessa möjligheter ges ett värde i sig, men väntas också leda till bättre resultat. Inte minst har man framhållit betydelsen av utbyggda kommunikationsvägar. Sjukhusen har också kommit med i den diskussionen, även om det har skett ganska sent.

Litteratur om budgetering

Budgetlitteraturen ingår i företagsekonomi, men även statskunskap och socialpsykologi har lämnat bidrag. Med en viss risk för förenkling kan denna litteratur sägas beröra följande frågor:

1. Hur kan budgetsystemet utformas?
2. Hur kan prestationsmätning ske i samband med budgeten?
3. Vilka samband har budgetsystemet med beteendet hos dem som kommer i kontakt med de ekonomiska frågorna?

En stor del av litteraturen behandlar "budgettekniska" problem. Intresset inriktas på kontoplaner, balans-ekvations- och värdekretsteorier etc., alltså på frågor som gäller kostnaders och intäkters systematiska förteckning och kapitalets behandling.

En annan del av litteraturen ställer frågan vilken specificering av budgeten som är mest ändamålsenlig. I diskussionen har frågan om budgetens syften åsidosatts. Vad man saknar i den hittillsvarande budgetlitteraturen är inte minst ett försök att systematiskt ställa syftena i relation till de olika alternativen.

Frågor och problem

Många frågor och problem ventileras i de följande kapitlen. Hur avgör man vilka områden som skall få ökade anslag och hur mycket de i så fall skall få? Vilken roll spelar taktik och strategi i det sammanhanget? Hur ser olika grupper inom landstingen på ekonomiska frågor? Kan uppfattningarna variera mellan olika huvudmän? Är det möjligt att mäta sjukhusets effektivitet? Vad vinner man på att decentralisera ekonomiska beslut? Om det skulle vara så att hushållningstanken lever på sparlåga inom landstingen, vad kan vara orsak till detta? Är det bra att vara kostnadsmedveten inom sjukvården? Vad händer om man har, respektive inte har den formen av medvetenhet?

2 Budgetsystemets syften

Varför gör man varje år en beräkning av sjukhusets väntade utgifter och inkomster? Varför specificeras anslagen på ett visst sätt? Har det över huvud taget någon betydelse hur man bygger upp det planeringsinstrument som kallas budget och hur man specificerar beståndsdelarna, dvs. anslagen? Detta är frågor som kommer att diskuteras från teoretiska utgångspunkter i de närmast följande tre kapitlen. I detta kapitel behandlas de syften budgetsystemet kan ha. I nästa kapitel genomgås olika handlingsmöjligheter för uppbygganden av budgeten. Det därpå följande kapitlet innehåller en analys av sambanden mellan syftena och handlingsmöjligheterna.

Budgetens och budgetsystemets syften

Det är de politiskt valda förtroendemännen som beslutar om de ekonomiska villkoren för statens såväl som för landstingens och övriga kommuners verksamhet. Detta sker en gång varje år, när den samlade hushållningsplanen, budgeten, fastställts. Den har en inkomstsida och en utgiftssida. Budgeten är ett hjälpmedel för att bestämma vad som skall utdebiteras i allmänna skatter. Skillnaden mellan utgifter och inkomster täcks genom skatt. Genom att budgeten är en plan skall den stimulera till ändamålsenlig användning av resurserna. Det är en förutsättning för den fortsatta diskussionen att de folkvalda önskar att de tillgängliga resurserna används på effektivaste sätt.

Enligt ett försök till precisering innebär effektivitetskravet följande. Om två metoder att nå ett bestämt syfte är lika bra men den ena kostar mindre, bör den billigare metoden väljas. Om två

metoder kostar lika mycket men den ena ger bättre resultat, bör den bättre metoden väljas.

I diskussionen om statens budget brukar man tala om flera samhällssyften, t.ex. om snabb ökning av levnadsstandarden, rimlig inkomstfördelning, full sysselsättning, stabilt penningvärde och balans i utrikeshandeln. I det kommunala budgetarbetet nämns mera sällan dessa syften. Detta kan te sig anmärkningsvärt, eftersom den kommunala verksamheten expanderar snabbare än den statliga. Statens och kommunernas konsumtionsutgifter är också för närvarande ungefär lika stora. Statsmakterna har emellertid möjlighet att påverka de kommunala besluten. Många olika medel står till förfogande, alltifrån bidrag för viss verksamhet till förbud. På detta sätt kan de kommunala besluten fås att överensstämma med de statliga planerna, åtminstone om man ser teoretiskt på statsmakternas möjligheter.

Finns det ett samband mellan hur sjukhusets budget byggs upp och hur väl budgetens syften kan uppnås? Ett syfte för sjukhusets budget är att skapa goda vårdmöjligheter. I vilken mån detta syfte kan uppnås beror på de belopp som ställs till sjukhusets förfogande. Det beror också på tillgången på personal av olika slag samt på personalens utbildning och sjukhusets utrustning.

Är det inte alltför subtilt att mot denna bakgrund tala om eventuella samband mellan budgetens uppbyggnad och möjligheten att nå de syften som gäller för sjukhusbudgeten i stort? Det kan förefalla så. Ändå torde skäl föreligga att tala om samband. Ett antagande som ligger bakom påbörjandet av dessa studier är att *en* uppbyggnad av budgeten kan ge de folkvalda bättre underlag för beslut än en annan. Det antas också att *en* utformning av budgeten kan vara bättre än en annan, när det gäller att stimulera tillushållning i sjukhusets dagliga verksamhet. För motiv, se kapitel 4.

Budgetsystemets syften, som läsaren möter dem i denna bok, kan sammanställas under fyra rubriker, nämligen:

1. Budgetsystemet som instrument för anslagsbeviljarnas avgöranden.
2. Budgetsystemet som instrument för påverkan av anslagsäskarnas beteende.

3. Budgetsystemet som instrument för administrativ sakkontroll.
4. Budgetsystemet som hjälpmedel vid prissättning.

Budgetsystemet som instrument för anslagsbeviljarnas avgöranden

I ett land med representativt styrelseskick som Sverige fattar de folkvalda förtroendemännen de beslut som ytterst är vägledande för den offentliga verksamheten. Då det gäller sjukvården är det tre slag av resursavvägning som omfattas av besluten, nämligen:

1. Hur stora reala resurser skall sjukvården ta i anspråk?
2. Hur skall sjukvårdens reala resurser fördelas på olika områden?
3. Hur skall avvägningen ske mellan omedelbar och framtida sjukvårdskonsumtion?

Först när anslagsbeviljarna får veta vad de disponibla resurserna ger för utbyte vid olika användningar, kan de göra en saklig avvägning. För att bedöma hur rimligt det kan vara att anslå exempelvis tio miljoner extra till sjukvården i stället för till undervisningen borde de folkvalda få ett begrepp inte bara om kostnaden utan också om hur mycket "bättre" eller hur mycket mera omfattande sjukvården, respektive utbildningen skulle bli för de tio miljonerna.

Inom varje offentligt område är det möjligt att låta verksamheten expandera på olika sätt. Inom hälso- och sjukvården kan man t.ex. starkare betona den förebyggande vården och ge mindre vikt åt den slutna sjukvården. Åldringsvården kan expandera på bekostnad av tandvården osv. Man föreställer sig att frågor av följande slag skulle vara aktuella för de folkvalda, när de fattar beslut: Uppfylls hälso- och sjukvårdens mål bättre genom anstaltsvård än genom hemvård? Är hälsoundersökningar eller utbyggd sjukhusverksamhet lämpligast för att förbättra det allmänna hälso-tillståndet? Leder den ena eller andra typen av hälsoundersökningar, av rehabiliteringsåtgärder, av hemsjukvård etc. till ett bättre resultat? Är det rimligare att satsa 500 milj. kr. på åldringsvård vid akutsjukhus än att satsa motsvarande belopp på åldrings-

vård vid långvårdssjukhus? Skall man satsa 500 milj. kr. på dialys och transplantation av njurar eller på preventiva åtgärder mot urinvägsinfektioner för att minska behovet av dialys för framtiden? Kvantitativa mått är bristfälliga när sådana frågor skall besvaras. Men även ofullständiga mått på resultatet kan ha betydelse som underlag genom att de belyser effekten av olika utgiftsbeslut. Hittills förefaller det som om analyser av utgiftsalternativ och försök till användning av prestationsmått har förekommit i betydligt mindre utsträckning än vad som vore möjligt inom sjukvården.

Man får också komma ihåg att en "nyttökning" kan avta och utebli vid satsningar ovanför en viss kostnadsnivå. Ett exempel: Det är knappast troligt att alla brott i samhället skulle avslöjas eller beivras ens vid en hundradubbling av landets polisstyrka. Det är lätt att dra en parallell med sjukvården. Men även ofullständiga mått på resultatet kan ha betydelse som underlag genom att de belyser effekten av olika utgiftsbeslut. Hittills förefaller det som om analyser av utgiftsalternativ och försök till användning av prestationsmått har förekommit i betydligt mindre utsträckning än vad som vore möjligt inom sjukvården.

Det framhålls ibland att utgifterna för sjukvården representerar en särskilt produktivitetshöjande satsning. Den ger återbäring både genom inbesparade sjukdomsutgifter och genom ökad produktion.

Antag att de folkvalda önskade en lönsamhetsberäkning av viss sjukvård som underlag för utgiftsbesluten. Vilka problem skulle uppstå vid beräkningen?

En bedömning av lönsamheten förutsätter att man har värden för de prestationer det gäller och likaså värden för de resurser som krävs för att åstadkomma dessa. Hur får man då fram mått på prestationerna och värden på vårdens nytta? Även om svar kunde ges på frågorna när det gäller enskilda individer, går det inte utan vidare att addera individernas "nyttovärden" eller att få ett mått på samhällets nytta. Det värde som satsningarna på hälso- och sjukvården har för samhället kan vara större eller kanske i vissa fall mindre än motsvarande värde för varje vårdad person. När åtgärder vidtas för att isolera och bota en epidemiskt smittad individ, minskar samtidigt sannolikheten för att andra skall utsättas

för smitta. Då är det samhälleliga värdet större än det individuella, men kan man ange det i absoluta tal? Hur värderas den samhälleliga nyttan av att människor hålls friska och hindras från att dö? Kan man fastställa vilka av resurserna som har varit nödvändiga för att åstadkomma resultaten eller vilken omfattning som kunde ha varit tillräcklig?

Nyttovärdet av investeringar i hälso- och sjukvården beror på andra beslut, t.ex. på vad som har satsats på utbildning. En breddad och fördjupad utbildning inom hälsolärans område kan i viss mån utgöra ett alternativ till hälso- och sjukvårdens expansion. En större förståelse för betydelsen av personlig hygien kan exempelvis minska risken för infektioner.

Upplysningar om samband mellan luftföroreningar och lungcancer kan leda till sjukdomsförebyggande beslut, t.ex. att anskaffa avgasrenare för bilar eller att avstå från tobaksrökning. Information om betydelsen av allsidig kost och motion kan få till följd att ökningen av hjärt- och lungsjukdomar dämpas. Utbildningen kanske inte bara lägger flera år till livet utan också mera liv till åren.

En diskussion av sjukvårdens lönsamhet har hittills knappast förekommit. Man kan fråga, om inte en vägran att erkänna sjukvårdens lönsamhet som ett reellt problem utgör ett större hinder i utformningen av en realistisk sjuvårdspolitik än komplexiteten som sådan i beräkningarna.

Budgeten och de folkvaldas inflytande

Är budgeten ett betydelsefullt instrument för de folkvalda? Man får komma ihåg att dessa kan utöva inflytande på fler sätt än genom att säga ja eller nej till anslag. En metod är att anställa ledande personal som har de värderingar och kvalifikationer som politikerna anser önskvärda. En annan väg för inflytande går över informella kommunikationer mellan folkvalda och tjänstemän.

Ändå betraktas det nästan som en dogm i demokratiska samhällen att de folkvalda vid sidan av lagstiftningen inte har någon mera betydelsefull kanal för inflytande än möjligheten att lämna eller avstå från att lämna ekonomiskt stöd. De som har kritiserat

den åsikten har bl.a. pekat på att budgetanslagen inte sällan är ett svar på de servicekrav förvaltningarna själva framskapar. Bindningar av olika slag gör att de folkvaldas handlingsfrihet vid budgetbesluten i själva verket kan vara liten. De är i sina avgöranden bundna både av tidigare beslut och av skilda intressentgrupper. De folkvalda är inte heller hemmastadda i alla de frågor besluten gäller. Brist på kunskap begränsar deras möjlighet att sätta sig in i komplicerade tekniska och medicinska problem. Detta medför konsekvenser vid avvägningsbesluten.

De folkvaldas bundenhet av skilda intressentgrupper

Är det riktigt att utrymmet för de folkvaldas avgöranden är starkt begränsat av olika intressenters krav? Om så är fallet, är detta en av anledningarna till att skilda politiska grupper uppvisar ganska små olikheter i exempelvis sjukvårdspolitiska frågor?

Om de politiska partiernas framställning av sina uppfattningar inte uppvisar större skillnader kan det antingen bero på att några skilljaktigheter inte föreligger eller på att de inte vill togföra olikheterna. På den kommunala sidan, där kommunens styrelse utgörs av en "samlingsregering" med representanter från skilda politiska partier och proportionellt fördelade platser, torde tendenser till kritik av besluten vara ovanligare än på den statliga sidan. Det finns nämligen i en sådan situation inte någon grupp vilken som sådan är benägen att kritisera de beslut som fattas.

En viktig begränsning i de folkvaldas handlingsfrihet gäller i fråga om lönerna för den anställda personalen. I och med att befattningar inrättats och försetts med ordinarie innehavare, är kostnaderna härför något man inte utan vidare kan komma ifrån i budgeten. Med den teknisk-medicinska utveckling som pågår inom sjukvården framkommer efter hand nya behandlingsmetoder. Inte minst "den tredje statsmakten", massmedia, utgör en viktig intressentgrupp, när de folkvalda beslutar att tillgodogöra sig nya hjälpmedel och metoder. Läkarnas ställning som experter innebär troligen att de folkvalda anser sig ha få om ens några alternativ, när läkarna framlagt ett förslag. Socialstyrelsens samt Landstingsför-

bundets och Kommunförbundets rekommendationer upplevs kanske också som begränsningar av de handlingsalternativ som politikerna kan välja bland. Arkitekter, långgivare och tillståndsmyndigheter betraktas förmodligen som betydelsefulla intressenter vid sjukhusbyggen.

I diskussionen framhålls ofta att det är de viktiga policyfrågorna och de långsiktiga besluten som de beslutande församlingarna bör ägna tid och intresse. Samtidigt sägs småfrågor i praktiken ta oproportionerligt mycket tid. I den bekanta boken "Parkinsons lag" förs läsaren till ett sammanträdesrum för den högre finansledningen. Denna fattar beslut om en reaktoranläggning, vars totalkostnad uppgår till 50 miljoner. Beslutet klubbas på exakt två och en halv minut. Beslutet att anskaffa ett cykelställ om 4 700 kronor tar 45 minuter, medan diskussionen om förfriskningar vid företagsnämndens sammanträden, 9: 50 per månad, tar en timme och en kvart men bordläggs för vidare utredning.

Mot bakgrund av sitt extrema exempel ställer Parkinson upp antagandet att beslut om belopp över en viss summa är för stora för att över huvud taget diskuteras. Lekmän i gemen är "handikappade" vid beslut i stora, tekniskt betonade frågor. Beslut i småfrågor är däremot gripbara även av icke-expert.

Det är också möjligt att den information de folkvalda får om väsentliga beslutsproblem är alltför ofullständig. Informationen i detaljfrågor är kanske i gengäld alltför rik för att en sovring skall kunna ske på den begränsade tid de folkvalda har till förfogande. Det är också tänkbart att informationer till de folkvalda lämnas alltför sporadiskt för att de skall få en sammanhängande bild av utvecklingen.

Budgetsystemet som instrument för påverkan av anslagsäskarnas beteende

Som ett andra syfte för budgetsystemet betraktas påverkan av anslagsäskarnas beteende i den riktning den politiska ledningen anser önskvärd. Budgetsystemets påverkan på beteendet kan göra sig

gällande dels vid äskanden om anslag, dels vid verkställigheten av budgeten.

Påverkan vid anslagsäskandena

I ett äskande framhävs gärna den egna enhetens "behov". Detta är i och för sig inte förvånande. Man vet vad man själv vill ha, men man har kanske en oklar uppfattning om vilka krav ens egna önskemål skall ställas emot. Ju lägre instans i organisationshierarkin som gör upp anslagsäskandena, desto större tycks tendensen vara att "övervärdera" den egna enheten. Ett skäl kan vara att den kritik man riskerar, om resurserna skulle visa sig otillräckliga, upplevs mera personligt på lägre nivå i organisationen än på högre.

Det är kanske inte oberättigat att tala om en äskandepsykologi. Det är möjligt att risken för kritik, om anslagen överskrids, kan medverka till att man äskar i överkant. Det är bekant från exempelvis statlig förvaltning, att äskanden ofta utsätts för rätt stora prutningar. Om uppfattningen "ju mer man äskar, desto mer får man" blir inrotad bland anslagsäskarna, kan resultatet bli att man tar till "med råge" i äskandena. Benägenheten att begära i överkant kan ha samband med om den som äskar är "optimist" och tror, att toppbelastningarna inte blir så talrika eller eventuellt kan klaras med tillfällig personal, eller om han i stället är "pessimist" och alltså vill vara beredd att utan extra personal bemästra även situationer med stora anspråk på resurser.

En äskare kan vilja få "en fot innanför dörren" för något favoritprojekt genom att i en första etapp äska mindre belopp för utredningar. Sedan det förberedande arbetet hunnit över en viss kostnadsnivå, kan det visa sig svårt för den anslagsbeviljande instansen att dra sig undan en fortsättning.

Om äskaren framhåller att ett anslag innebär eller möjliggör besparing, är det troligt, att det lättare går igenom. Det är givet, att en sådan argumentering kan vara inbjudande, också när syftet är strategiskt. Att framställa ett äskande som ett absolut krav där några prutningar inte får göras, är en strategi som enligt litteraturen ibland nyttjas. Till denna strategi kan höra att äskaren inte

säger sig ta ansvaret längre för en uppgift, om äskandet avslås eller bantas ned.

En annan faktor som troligen påverkar äskarens benägenhet att ta till i överkant är tillvägagångssättet vid "ansvarskontrollen". Ju starkare reaktionen är vid överskridanden, desto större torde benägenheten vara att ta till med prutmån i äskandena. Ju svårare det är att få tilläggsanslag under budgetperioden, desto större torde tendensen vara att lägga in "reserver" i äskandena.

Påverkan vid verkställigheten

Budgetsystemet förmodas även kunna påverka beteendet vid verkställigheten. Det kan gälla dels vid beslut om val av mediciner samt undersöknings- och behandlingsformer, dels vid beslut om en patient skall ges sluten eller öppen vård.

INTAGNINGSBESLUT. I en artikel om sjukvårdens effektivisering framhåller överläkare *Gunnar Berg*:

En av de viktigaste åtgärderna (för rationalisering) bör vara att se till att de dyrbara sjukhusplatserna . . . utnyttjas på rätt sätt, dvs. att de endast beläggas med patienter som äro i behov av sjukhusets resurser. Först sedan detta villkor är uppfyllt kan man undersöka om befintliga sängplatser inom ett sjukvårdsområde äro tillräckliga eller om flera behöva skapas, framtvingande nya sjukhusbyggen. Det allra dyrbaraste för en huvudman är att befintliga sjukhusplatser ej utnyttjas effektivt ur medicinsk synpunkt. Det förhållandet att sjukhusets ökade effektivitet skulle medföra att dagkostnaderna på ett redan byggt sjukhus stegras med några kronor betyder härvidlag litet i jämförelse med att dåligt utnyttjande av vårdplatserna kan framtvinga nya sjukhusbyggen.¹

En rad sjukdomar och andra tillstånd som tidigare behandlats i sluten vård sköts numera i större eller mindre utsträckning i öppen vård. Som exempel kan nämnas åderbråck och vissa livmoderskrapningar. Nya behandlingsmetoder och mediciner skapar ökade

¹ Berg, G., Hur effektivisera sjukvården? Svenska läkartidningen 1952:49.

möjligheter till fortsatt utveckling i denna riktning. Likaså utförs i en del fall omfattande, förberedande undersökningar i öppen vård inför exempelvis kirurgiska ingrepp.

HUR VÄL UTNYTTJAS VÅRDPLATSERNA? Efter en utredning om vårdplatsernas utnyttjande inom ett landsting säger överläkare Berg:

Utredningen har visat att ca 20 % av ineliggande klientel utgöres av fall som intagits på relativa indikationer, således patienter som icke äro i absolut behov av sjukhusets resurser för sin vård. De äro i allmänhet intagna på s.k. socialmedicinska indikationer. De utgöres delvis av sådana fall där transportererna i huvudsak betingat inläggningen. Den andra stora gruppen utgöres av fall där utredningen av sjukdomen ställer sig relativt dyrbar. Andra fall åter intagas för att patienten saknar hemhjälp, etc. Intagningen på lasarett på grund av socialmedicinska indikationer är mycket stor och sannolikt större än som framgår av undersökningen.¹

I sjukvårdslagen sägs att endast den som är i behov av vård eller observation får tas in på sjukhus. I hur hög grad är ”intagningsbehov” ett relativt begrepp?

Det är givet att variationer förekommer i läkares bedömningar av inläggningsbehovet. Ett undervisningssjukhus kan t.ex. ha andra än snävt medicinska skäl för inläggning av en patient.

Vid en undersökning i Massachusetts försökte professorn i sjukhusadministration *Odin W. Anderson*² få en bild av skälen för inläggning av 1 628 slumpmässigt valda patienter. Av dessa var 49 procent kirurgiska, 35 procent medicinska och 14 procent diagnostiska fall, medan två procent hänfördes till kategorin övriga. Patienternas inremitterande och behandlande läkare klassificerade behovet av intagning på följande sätt.

¹ Berg, G., Ett landstings sjukvårdsproblem. Svenska läkartidningen 1952: 49.

² Anderson, O. W., Physicians, patients and the general hospital. Pattern of use in Massachusetts. Progress in Health Services, Vol. XIV, No. 1, Jan.-Feb. 1965.

TABELL 2:1. Hur läkarna klassificerade intagningsbehovet, procentuell svarsfördelning.

	Kirur- giska fall	Medi- cinska fall	Diagnos- tiska fall
Omöjligt utanför sjukhus	74	46	45
Mycket svårt utanför sjukhus	15	37	31
Möjligt men mindre tillfreds- ställande utanför sjukhus	7	14	15
Kunde lika väl vara utanför sjukhus	4	3	8

Några motsvarande siffror för andra stater eller länder finns inte. I Sverige har man uppskattningsvis 80 procent fler sjukhusplatser per 1 000 invånare än i USA. Samtidigt är medelvårdtiden ungefär 80 procent längre vid akutsjukhusen i Sverige än i USA.

Det förhållandet att patienten i Sverige får fri medicin, fria undersökningar, fri kost etc. vid inläggning på sjukhus, medan en patient som vårdas utanför sjukhuset inte har motsvarande förmåner kan innebära att läkaren i vissa fall känner patientens önskan om att bli inlagd som ett visst tryck. Någon svensk undersökning som belyser spørsmålet finns veterligen inte.

I USA har professor Anderson¹ ställt följande fråga till 2 133 läkare:

Hur ofta händer det, att Ni upplever påtryckningar från patienten om att bli inlagd (opererad), när Ni själv inte tror att det är absolut nödvändigt?

Den procentuella svarsfördelningen framgår av tabell 2: 2 (sid. 32). Denna visar att bara 16 procent av de medverkande läkarna aldrig upplever påtryckningar från patienten om inläggning. Det

¹ Anderson, O. W., Physicians, patients and the general hospital: Professional judgement. Progress in Health Services, Vol. XIV, No. 4, Sept-Oct. 1965.

TABELL 2:2

	Procent
Mycket ofta	2
Ganska ofta	7
En och annan gång	36
Nästan aldrig	39
Aldrig	16
Vet ej eller inget svar	0

vore intressant att veta hur läkarna i Sverige upplever motsvarande situation.

Professor Anderson menar att man inte kan tala om fullständigt medicinskt beslut eller ett fullständigt socialt beslut om inläggning. Om beslutet vore uteslutande socialt, exempelvis endast syftade till läkarens eller patientens bekvämlighet, kunde patienten lika väl placeras på ett bra hotell nära läkarens mottagning, säger professor Anderson.

Den tid som en patient stannar på sjukhuset beror bl.a. på patientens bedömning av sitt hälsotillstånd och sin ekonomi, läkarens bedömning av patientens medicinska och sociala situation, tillgängliga alternativ för eftervård, t.ex. tillgången på lättvårds- och kronikerplatser samt på vårdare i hemmet, samt vidare på läkarens och patientens uppfattning om samhällets skyldigheter beträffande vård.

BEHANDLING OCH VÅRD. Vikten av att hushålla vid användningen av sjukhusets resurser betonades redan 1744 i den första instruktionen för provinsialläkare. Om "medikamenter" sägs t.ex. att läkarna bör beflita "sig sådana att använda, som tjänliga äro och minst kosta".

Den utan jämförelse största kostnadsposten vid sjukhusen är i dag posten för vårdpersonal. Vilken bemanning som är lämplig på en avdelning av viss storlek är en fråga som är aktuell i samband med budgeten. I praktiken förekommer variationer, beroende på sjukhusets storlek och ålder, klinikens karaktär, vårdens intensitet samt patienternas sjukdomsslag och ålder. Det är också möj-

ligt att variationer kan ha samband med tillämpade metoder för arbetsfördelning, samt med använda former för samarbete.

I en undersökning från USA redovisar en förvaltningsekonomisk forskare, Peter Kong-Ming New¹ erfarenheter från ett försök att bestämma lämpligaste personalstyrka för patienternas vård. Under nio veckor prövades nio olika kombinationer av vårdpersonal. Den faktor vars effekt man främst intresserade sig för var antalet sjuksköterskor. Är det troligt, frågade man, att följande ändras vid variationer i antalet sjuksköterskor:

1. Den tid, som används för direkt och indirekt patientvård samt tid för andra aktiviteter.
2. Personalens attityder.
3. Patienternas attityder.

När antalet sjuksköterskor inom vårdenheten ökades, utfördes fortfarande sjuvårdsbiträdesarbetet till största delen av sjukvårdsbiträden. Den ökade tillgången på tid ledde inte till att sjuksköterskorna tillbringade mer tid hos patienterna.

Man väntade sig, att personalen skulle få en känsla av att ha utfört sina uppgifter på ett bättre sätt än tidigare, när tillgången på personaltid ökade. Men det visade sig att känslan av trötthet och tristess hos personalen ökade. När personalantalet minskade intill en viss gräns, uttryckte personalen större tillfredsställelse med vad de åstadkommit. En del ansåg dock, att patienterna inte hade fått tillräcklig vård. Det förefaller som om den mindre tillgången på personal betraktades som en utmaning att få arbetet gjort, vilket ökade tillfredsställelsen. Men personalen ansåg sig kunna stå ut med egentlig underbemanning endast en kortare tid.

Patienterna ansåg sjukvården vara av ungefär samma standard under de nio veckor experimentet pågick. Förklaringen härtill kan vara att den tid som vårdpersonalen tillbringade hos patienten inte förändrades i nämnvärd grad. En annan möjlig förklaring är de korta vårdtiderna. Det var stort ombyte av patienter under undersökningen.

Läkarpersonalens storlek bestäms för samtliga sjukhus formellt

¹ Kong-Ming New, P., m.fl., Too many nurses may be worse than too few. The Modern hospital, Oct. 1959, s. 104—108.

av socialstyrelsen. Sjukhusläkartjänster får nämligen inte inrättas utan medgivande från denna.

Enligt gällande principer får en läkartjänst inrättas för varje 600-tal årliga intagningar. Detta gäller vid kirurgiska, obstetrisk-gynekologiska och ögonavdelningar. Motsvarande siffra är 500 vid medicinska, pediatrika, dermatologiska avdelningar och infektionsavdelningar. Vid röntgenavdelningar beviljas en underläkare, då antalet årliga undersökningar uppgår till 4 500 samt ytterligare en för varje ökning med 6 000. För anestesi beviljas en underläkare, då antalet anestesier för vilka narkosläkare svarar är 2 000 årligen, vid ca 3 000 anestesier ytterligare en underläkare.

För vårdpersonalens storlek har landstingsförbundet utarbetat rekommendationer. Utgångspunkt för beräkningarna är standardavdelningar, som består av ett visst antal vårdplatser. I praktiken varierar vårdavdelningarnas storlek. Detta är en faktor som bidrar till att man finner en hel del variationer i bemanningens storlek per vårdplats.

Utnyttjandet av sjukhusens kapacitet kan anges på olika sätt. Ett enkelt mått är att ange den verkliga beläggningen i procent av antalet inrättade vårdplatser. För år 1965 var denna siffra 74 procent. Professor Anderson och socialpsykologen P. B. Sheatsley¹ menar att man inte skall tala om en "riktig" nivå, när det gäller sjukhusutnyttjandet. De illustrerar påståendet med statistik rörande intagningarnas antal och medelvårdtiderna i USA, Storbritannien och Sverige. I USA är intagningarnas antal varje år ca 130 per 1 000 invånare med en medelvårdtid av ca 8 dagar. I Storbritannien intas 85 per 1 000 invånare för en genomsnittlig vårdtid av 15 dagar. I Sverige är intagningssiffran liksom i USA 130, medan medelvårdtiden är lika lång som i Storbritannien, dvs. ungefär 15 dagar.

¹ Anderson, O. W. & Sheatsley, P. B., Hospital use. A survey of patient and physician decisions. Chicago 1967.

Budgetsystemet som instrument för administrativ sakkontroll

Ett tredje syfte med budgetsystemet är att öka möjligheten att utöva administrativ sakkontroll. Det gäller möjligheterna att genom budgetsystemet kontrollera att den faktiska användningen av resurser överensstämmer med de folkvaldas fastslagna planer.

Ju mer detaljerat budgetsystemet görs, desto större blir möjligheterna att använda förfinad teknik vid analys av eventuella avvikelser. För vissa grupper i sjukhusledningen kan en noggrann analys av avvikelser förefalla mer väsentlig än för andra. Det är givet att de som har ansvar för ekonomiska frågor söker efter tumregler som kan göra det lättare att bedöma, hur rimlig en viss användning av resurser är. Då är det frestande och ofta rentav nödvändigt att se bort från enskilda förutsättningar och reservationer. Häri ligger risker för motsättningar mellan kontrollerande och kontrollerade.

Med hjälp av metoder för kontroll som ekonomiska analytiker har gjort tillgängliga kan man få reda på var kostnads- och prestationsförändringar har inträtt. Men det måste göras klart att insamling av uppgifter om prestationer och fördelning av kostnader inte leder till någon automatisk ökning av effektiviteten. Betydelsefulla är däremot de åtgärder som vidtas för att förbättra resultatet eller begränsa kostnaderna. Därvid kan insamlade data utgöra ett hjälpmedel, då de anger var åtgärder bör sättas in.

Det kan inte nog framhållas att det väsentliga i kontrollen inte är teknikerna som sådana eller det mekaniska framtagandet av data. I stället ligger det betydelsefulla i det sätt på vilket data används i det praktiska arbetet.

Ansvarskontroll

Ansvarskontroll innebär en begäran om förklaring från en befattningshavare som i väsentlig mån har kunnat påverka ett beslut. Motivet till ansvarskontroll är oftast avvikelser mellan vad som förutberäknats och vad som inträffat.

BUDGETSYSTEMETS SYFTEN

Hur betydelsefull den som kontrolleras anser ansvarskontrollen vara kan ha samband med vilka metoder man använt för att ta fram underlaget för äskandet. Om kontrollen är av samma karaktär när budgeten grundas på ett genomarbetat, noggrant beräknat äskande som när den baseras på en luftig "höftning", kan den upplevas som orättvis.

Kontrollens inriktning

Kontrollen kan gälla kassamässiga frågor och omfatta inköp, förbrukning och lager. Den kan avse kvalitet och kvantitet, pris och användningsområde. Kontrollen kan företas inte bara för jämförelse med den upprättade budgeten utan också med andra objekt. Det är ofta av intresse att se i vilken mån kostnaderna för likartade behandlingar och sjukdomsfall samt vårddags- eller patientkostnader skiljer sig från en avdelning till en annan. Det kan också vara värdefullt att veta, om de skiljer sig från ett sjukhus till ett annat och från en tidsperiod till en annan. Sådana jämförelser kan ha betydelse vid bedömningen av olika alternativs lönsamhet. I nedanstående tabell visas några jämförelsemöjligheter.

FIGUR 2: 1. Några jämförelsemöjligheter för kontroll.

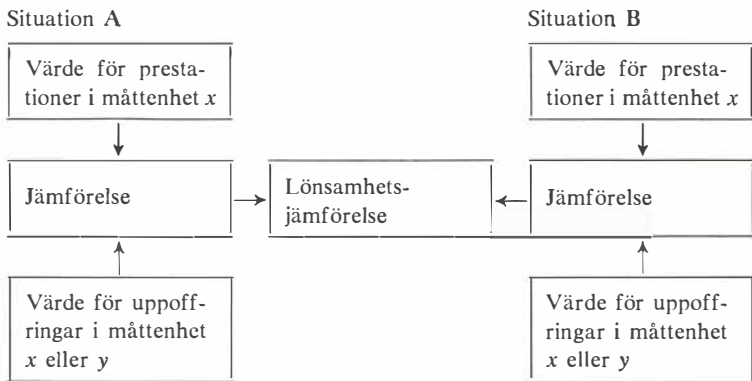
Jämförelse med tidigare tidsperiod t.ex. året före	Inom sjukhuset	Samma avdelning
		Andra avdelningar
	Utom sjukhuset	Motsvarande avdelningar
		Andra avdelningar
Jämförelse som avser samma tidsperiod	Inom sjukhuset	Budget för avdelningen
		Andra avdelningar
	Utom sjukhuset	Motsvarande avdelningar
		Andra avdelningar

Lönsamhetsbegreppet

Från ekonomens utgångspunkt är det betydelsefullt att om möjligt förbättra effektiviteten och lönsamheten. Det är vad den administrativa sakkontrollen syftar till. Läkaren kanske utan entusiasm förknippar begreppet med ett krav på låga kostnader. Den vård-sökande allmänheten vore möjligen inte heller särskilt angelägen att opereras på ett sjukhus som stoltserade med de lägsta operationskostnaderna.

Vad ligger då i begreppet lönsamhet? Det bör betonas att begreppet inte innebär en ensidig betoning av låga kostnader. Både prestationernas värde och kostnaderna måste tas med vid en lönsamhetsjämförelse. I prestationernas värde önskar man också få med kvalitetsfaktorn. En mera formell illustration av begreppet ges i nedanstående figur.

FIGUR 2: 2. Lönsamhetsbegreppet.



Som prestationer kan exempelvis räknas antalet "friskdagar" inom en viss tidsperiod efter ett inträffat sjukdomsfall. Som uppoffringar räknas de kostnader som vården av sjukdomen har för-anlett.

Det finns situationer där lönsamheten av en åtgärd är klar och lönsamhetsbedömningen således blir enkel. I andra fall kan det bli fråga om subjektiva bedömningar. I figur 2: 3 på nästa sida sammanfattas några olika situationer.

FIGUR 2:3. Exempel på modellsituationer vid lönsamhetsanalys.

Situation	Prestationernas värde	Uppoffringarnas värde	Slutsats
A	Samma prestation	Minskad uppoffring	Lönsamt
B	Ökad prestation	Minskad uppoffring	Lönsamt
C	Ökad prestation	Samma uppoffring	Lönsamt
D	Ökad prestation	Ökad uppoffring	Värdet av den ökade prestationen får vägas mot värdet av den ökade uppoffringen
E	Minskad prestation	Minskad uppoffring	Värdet av den minskade prestationen får vägas mot värdet av den minskade uppoffringen

Några felkällor vid kontroll

Det förekommer många felkällor vid kontroll. Ett underskridande av kostnaderna kan exempelvis vara allvarligare än ett överskridande. Underskridandet kan vara tecken på att personalen är otillräcklig, varigenom möjligheterna att lämna adekvat vård försvåras, eller på att kvaliteten på tjänsterna har varit lägre än den borde ha varit. Vården kan vara sådan att patienter hellre avstår från att ta sjukhusets tjänster i anspråk än att de på nytt utsätter sig för en obehaglig upplevelse. Ett överskridande av kostnaderna kan i sin tur ha samband med att efterfrågan har varit större än beräknat. Detta behöver inte betyda något negativt. Om en schematisk kontroll utförs av oerfaren personal, kan den leda till en utvecklingshämmande rädsla hos de personer vilkas åtgärder kontrolleras. Det kan betyda att man avstår från att ta nya initiativ med de risker men också de möjligheter till förbättringar som hänger samman därmed.

Över huvud taget finns det risk för att patienterna, deras upp-

levelser och bedömningar kommer bort i en mekanisk, utgiftsorienterad kontroll. Det är viktigt att den som svarar för kontrollen har intim kontakt med dem som kontrolleras. Därigenom minskar risken för ogynnsamma konsekvenser av kontrollen.

Budgetsystemet som hjälpmedel vid prissättning

Ett syfte med budgetsystemet som ibland framskyntar i diskussionen kring offentlig budgetering är att detta skall vara ett hjälpmedel vid prissättningen av de tjänster som lämnas. Syftet har också getts en framträdande plats i diskussionen om redovisningens uppbyggnad vid sjukhusen.

Har ett sådant syfte någon större giltighet för sjukhuset? Vårdavgifter som uttas från patienter vid sjukhusen baseras mera på socialpolitiska än på ekonomiska överväganden. Det gäller särskilt den slutna vården, där avgifterna i dag närmast har en symbolisk karaktär. För närvarande minskar ersättningen från sjukkassan med fem kronor, när patienten får slutna vård vid sjukhuset.

Vården av intagna patienter från andra sjukvårdsområden än det egna prissätts däremot till ett belopp som i princip skall motsvara självkostnaden. Antalet sådana patienter ökar dels på grund av bestämmelserna om regionsjukvården, dels på grund av allmänhetens större geografiska rörlighet. Därigenom aktualiseras i högre grad än tidigare det ovannämnda syftet med budgetsystemet.

Har då prissättningen på vård av patienter från andra sjukvårdsområden någon väsentlig betydelse? Patienter från andra huvudmän utgör för närvarande, även för de större och mest interregionalt utnyttjade sjukhusen, bara några få procent av det totala antalet patienter. Även om "utomlänspatienternas" diagnoser ofta kan vara relativt komplicerade, utgör debiteringarna enligt uppgift endast en mindre del av de sammanlagda kostnaderna för de betjänande sjukhusen.

Ur samhällsekonomisk synpunkt är därför effekten av en sådan debitering obetydlig, antingen beloppet är högre eller lägre än den

exakta självkostnaden. Den kommunala skatteutjämningen är ytterligare en faktor som minskar betydelsen av prissättning mellan kommuner.

Prissättningen kan däremot få betydelse vid ersättning till sjukhuset från läkare. Det gäller sjukhusets service i samband med läkarnas privata mottagningar vid sjukhuset, den polikliniska verksamheten samt röntgen- och laboratorieundersökningar.

Ett av sjukhusen redovisar en självkostnad per besök vid den kirurgiska mottagningen av 42: 83 kr för år 1965. Av t.ex. 60 kr, som överläkaren kan kräva av patienten för ett besök, går endast två à tre kr som ersättning till sjukhuset.

Budgetsystemets syften och intressentrelationer

De syften som här har förts fram gäller skilda intressentgrupper. Förtroendemännen står i förgrunden, när budgetsystemet framhålls som ett instrument för anslagsbeviljarnas avgöranden. När man talar om budgetsystemet som ett instrument för påverkan av

FIGUR 2: 4. *Budgetsystemets syften och främsta intressentrelationer för dessa.*

Budgetsystemets syfte	Främsta intressentrelation för syftet
Instrument för de folkvaldas avgöranden	Förtroendemännen
Instrument för påverkan av anställdas beteende	Överläkare och avdelningschefer
Instrument för administrativ sakkontroll	Den administrativa ledningen
Hjälpmedel för prissättningen	Andra sjukhushuvudmän Allmänheten

anlagsäskarnas beteende, är överläkare och andra avdelningschefer i centrum. På motsvarande sätt inriktas budgetsystemets syfte att vara ett instrument för administrativ sakkontroll närmast på den administrativa ledningen och dess arbete. När budgetsystemets syfte som hjälpmedel vid prissättningen diskuteras, gäller det andra sjukhushuvudmän och allmänheten.

3 Budgetens uppbyggnad

Vilka metoder står till buds, när en budget skall byggas upp? Ett svar på frågan skall ges i detta kapitel. I stort sett innehåller kapitlet en sammanställning och tillämpning på sjukhusområdet av begrepp från den tidigare budgetlitteraturen. Många andra hjälpmedel än de som behandlas här kan användas i budgetarbetet, t.ex. kostnadsanalyser, köstudier och nätverksplanering.

För att inga missförstånd skall uppstå bör det redan nu fastslås, att diskussionen här gäller den formella uppbyggnaden av anslagen och således inte beloppens storlek för det ena eller andra ändamålet.

Figur 3:1 sammanfattar de budgetdimensioner och handlingsalternativ för budgetens uppbyggnad som presenteras i detta kapitel.

Budgetens specificeringstyp

En budget kan specificeras på olika sätt. Här skall fyra typer av de från sjukhussynpunkt mest intressanta presenteras. De kallas *kostnadsslagsbudget*, *kostnadsställebudget*, *programbudget* och *prestationsbudget*.

Kostnadsslagsbudget

I kostnadsslagsbudgeten knyts anslagen till skilda produktionsfaktorer (kostnadsslag).

Inom nationalekonomin skiljer man mellan tre slag av produktionsfaktorer: *arbetet* eller de mänskliga insatserna, *jorden* eller

FIGUR 3:1. *Budgetdimensioner och budgetalternativ.*

Budgetdimension	Budgetalternativ
Budgetens specificeringstyp	Kostnadsslagsbudget Kostnadsställebudget Programbudget Prestationsbudget
Budgetens befogenhetsaspekt	Klumpbudget Detaljbudget
Budgetens omfattning	Bruttobudget Nettobudget
Budgetens tidshorisont	Ettårsbudget Flerårsbudget
Budgetens periodiseringsaspekt	Kassabudget Resursperiodiserad budget
Budgeteringens startpunkt	Build-up-budget Break-down-budget

naturtillgångarna och *realkapitalet*, dvs. råvaror, verktyg, maskiner och byggnader. Kostnadsslagsindelningen är en ytterligare uppdelning av dessa produktionsfaktorer.

Vilka är sjukhusets kostnadsslag? I socialstyrelsens förvaltningsekonomiska statistik anges exempelvis avlöningar, arbetsgivarbidrag, expeditionskostnader och diverse, räntor och skatter, läkemedel och sjukvårdsartiklar, livsmedel, förbrukningsartiklar och råvaror frånsett livsmedel, värme, elektrisk kraft, gas och fastigheters underhåll, främmande tjänster samt avgifter och bidrag. För sjukhusen svarar kostnadsslaget avlöningar ensamt för den dominerande delen av kostnaderna.

Ett exempel på kostnadsslagsbudget för ett sjukhus år 3 ges i Exempel 1, sid. 44—45.

BUDGETENS UPPBYGGNAD

EXEMPEL 1. *Kostnadsslagsbudget.*

Vårdplatser: 700.

Beräknat antal vård dagar för år 3: 200 000.

<i>Kostnader</i> (i 1000 kr)	Bokslut	Budget	Förslag
Avlöningar m.m.:	för år 1	för år 2	för år 3
Läkare	1 800	1 900	2 305
Sjukvårdspersonal	7 808	8 702	10 596
Förvaltningspersonal	169	172	225
Ekonomipersonal	762	1 354	1 293
Förtroendemän	1	2	4
Övriga	463	568	673
Pensionsavgifter	982	1 470	1 742
Övriga personalkostnader	226	284	347
Summa	13 211	14 452	17 185
Läkemedel och sjukvårdsartiklar:			
Apoteksvaror	752	650	870
Blod och blodplasma	67	65	70
Medicinska gaser	20	19	21
Övriga läkemedel	22	23	23
Förbandsartiklar	154	150	175
Röntgenfilm o.d.	342	340	360
Övriga sjukvårdsartiklar	215	200	250
Summa	1 572	1 447	1 679
Förbrukningsartiklar och råvaror:			
Underhållsarbeten och byggnader	50	50	50
Underhållsarbeten för inventarier	55	55	55
Livsmedel	1 230	1 200	1 250
Bränsle etc.	148	130	150
Förbrukningsinventarier	156	150	160
Tvätt- och rengöringsmedel	20	21	22
Pappersvaror	56	55	65
Övriga förbrukningsartiklar	95	90	105
Summa	1 810	1 751	1 857
Administration och diverse:			
Kontorsmateriel, annonser	81	80	85
Tele och porton	102	100	115
Facklitteratur, tidningar	10	9	10
Övriga kostnader	7	8	10
Summa	200	198	220

BUDGETENS UPPBYGGNAD

	Bokslut för år 1	Budget för år 2	Förslag för år 3
Främmande tjänster:			
Fastighetsunderhåll	80	140	150
Inventarieunderhåll	130	150	180
Tvätt	340	370	450
Transporter	7	6	8
Underhållning och förströelse	4	5	6
Laboratorieundersökningar	126	120	150
Värme	300	400	460
Försäkringsavgifter	10	10	10
Övrigt	6	6	6
Summa	1 003	1 208	1 420
Totalt	17 796	19 056	22 361

Kostnadsställebudget

I kostnadsställebudgeten knyts anslagen till avdelningar, eller delar därav, vilka från en eller annan synpunkt kan betecknas som enhetliga. Vilka kriterier kan användas för indelningen i kostnadsställen vid ett sjukhus? Hur kan man med andra ord avgöra, om verksamheten är "enhetlig"? Bland möjliga kännetecken märks följande.

Graden av *patientkontakt* t.ex. vårdande, respektive icke vårdande enheter, kan utgöra en indelningsgrund. De *vårdande* enheterna kan vara *slutna*, dvs. avsedda för patienter som intas för övernattnig, eller *öppna*, dvs. avsedda för patienter som besöker sjukhuset utan övernattnig. De *icke-vårdande* enheterna kan vara *medicinska*, dvs. svara för behandling och diagnosticering, eller vara *icke-medicinska*. Exempel på medicinska icke-vårdande enheter är röntgenterapi och fysikalisk terapi. Exempel på icke-medicinska är kök samt tvätt- och maskincentral.

Kliniker och vårdavdelningar kan indelas efter *behandlingsmetod* (t.ex. medicinsk eller kirurgisk) eller *behandlingsintensitet* (t.ex. intensivvårdavdelningar, intermediärvårdsavdelningar, lättvårdsavdelningar och långvårdsavdelningar).

Indelning kan också ske med utgångspunkt från det *administra-*

BUDGETENS UPPBYGGNAD

tiva område över vilket en chef har befogenhet att fatta beslut. Den indelningen omfattar både öppen och sluten vård.

Exempel 2 visar ett avsnitt ur en kostnadsställebudget för en sjukhusklinik för år 3.

Tabell 3:1 visar ett förslag till befattningsförteckning för en medicinsk klinik i anslutning till kostnadsställebudgeten i Exempel 2.

Programbudget

I en programbudget har anslagen knutits till verksamhetens slutliga aktiviteter (program).

Begreppen program och programbudget används i åtskilliga betydelse. I ett av de grundläggande amerikanska arbetena om

EXEMPEL 2. *Kostnadsställebudget.*

Vårdplatser: 700.

Beräknat antal vård dagar år 3: 200 000.

	Bokslut för år 1	Budget för år 2	Förslag för år 3
MEDICINSK KLINIK			
135 vårdplatser			
40 000 vård dagar			
Kostnader i 1000 kr			
Löner och andra personalkostnader:			
Läkare	276	312	350
Avdelningssköterskor	132	149	168
Övrig vårdpersonal	1 155	1 240	1 401
Administrativ personal	40	79	85
Summa löner	1 603	1 780	2 004
Läkemedel, laborationer och röntgen	287	350	460
Förbrukningsartiklar	94	113	162
Tvätt och livsmedel	305	359	376
Övrigt	65	99	117
Summa för medicinska kliniken	2 354	2 701	3 119

KIRURGISK KLINIK

etc.

TABELL 3: 1. *Befattningsförteckning för en medicinsk klinik.*

	Antal tjänster	Därav nya	Lönebelopp (tkr)
Avdelning och befattning			
Gemensam personal:			
Överläkare	1		60
Biträdande överläkare	2		80
Underläkare	4		140
Sjukhussekreterare	4		68
Sjuksköterskor	2		40
Mottagningsavdelning:			
Avdelningssköterska	1		22
Sjuksköterskor	3	1	60
Undersköterskor	2		36
Sjukvårdsbiträden	4		70
Vårdavdelningar A, B, C och D (4 × 30 vårdplatser):			
Avdelningssköterskor	4		90
Sjuksköterskor	8		160
Undersköterskor	4		72
Sjukvårdsbiträden	32		544
Vårdavdelning E (15 vårdplatser):			
Avdelningssköterska	1		22
Sjuksköterska	1		20
Undersköterskor	2		34
Sjukvårdsbiträden	5		85
			1 603
25 procent generellt tillägg			401
			2 004

KIRURGISK KLINIK

etc.

programbudget sägs att denna är baserad på funktioner, aktiviteter och projekt. Uppmärksamheten inriktas i första hand på de tjänster som skall utföras.

Som program för ett sjukhus kan man räkna aktiviteter som åstadkoms av olika kliniker eller klinikblock, t.ex. medicinsk och kirurgisk vård, med indelning ytterligare i sluten och öppen vård. Man kan också som program ange differentierade vårdformer. Det kan t.ex. gälla intensivvård, intermediärvård, rehabilitering, lång-

BUDGETENS UPPBYGGNAD

vård, lättvård, dagvård och vård vid patienthotell. Sistnämnda indelning är intressant ur ekonomisk synpunkt, eftersom alternativ till sjukhusvård — i varje fall till vård vid akutsjukhus — kan vara tänkbara för exempelvis långvård, lättvård och dagvård.

Exempel för sjukhusets del på aktiviteter vilka inte räknas som slutliga är sådana tjänster som en avdelning inom sjukhuset utför åt en annan avdelning.

I Exempel 3 lämnas två exempel på programbudget för sjukhus för år 3.

EXEMPEL 3. Programbudget.

Alternativ I. Funktionella vårdprogram

	Bokslut för år 1	Budget för år 2	Förslag för år 3
KOSTNADER (tkr)			
Sluten vård (700 vårdplatser)			
<i>Delprogram</i>			
Medicinsk vård	4 580	4 793	5 478
Kirurgisk vård	4 432	4 690	4 980
Gynekologisk vård	998	1 004	1 138
Barnbördsvård	845	850	823
Öronvård	579	600	620
Psykiatrisk vård	1 200	1 400	1 632
	12 634	13 337	14 671

Öppen vård (80 000 besök) etc.

Alternativ II. Differentierade vårdprogram

	Bokslut för år 1	Budget för år 2	Förslag för år 3
KOSTNADER (tkr)			
<i>Program</i>			
Intensivvård	4 893	4 938	5 263
Intermediärvård	9 204	9 108	9 336
Rehabilitering	1 200	1 246	1 723
Långvård	680	630	592
Lättvård	357	316	317
Dagsjukvård	1 208	1 200	1 329
Patienthotell	115	120	123
Hemsjukvård	1 416	1 473	1 634
	19 073	19 031	20 317

Prestationsbudget

I prestationsbudgeten knyts anslagen till delar av program. Det är sålunda en gradskillnad mellan en programbudget och en prestationsbudget.

För såväl programbudget som prestationsbudget gäller att indelningen i program eller prestation inte bör leda till "negativ suboptimering". Målen för program och prestationer bör således stå i överensstämmelse med verksamhetens huvudsyfte. Vad man eftersträvar är att öka effektiviteten, dvs. att exempelvis minska antalet dagar från insjuknandet till friskförklarandet inom en given kostnadsram.

En förutsättning för att prestationsbudget skall kunna användas är att flera likartade prestationer förekommer under budgetperioden. Fyller sjukhuset denna förutsättning? Varje individ som behandlas och vårdas är i ett eller annat vårdavseende unik. De krav som två patienter ställer är inte helt lika. Behandlingen måste anpassas efter den enskilde patientens situation. Är det under sådana förhållanden möjligt att tala om likartade prestationer i budgeten?

Ju mindre enheter man väljer under beteckningen prestationer, desto större blir möjligheten att finna något som uppfyller detta krav. Samtidigt blir prestationerna svårare att överblicka och följaktligen mindre användbara i budgeten. För sjukhusets del är måltider och röntgenundersökningar exempel på detta.

Ytterligare ett exempel skall tas från arbetsstudierna. När ett fabriksarbete skall tidsstuderas, görs en uppdelning i moment. Dessa väntas sinsemellan vara någorlunda lika. Tidsåtgången för tjugo arbetsmoment är emellertid inte nödvändigtvis dubbelt så lång som för tio. Detta beror på inlärnings-, uppsättnings- och omställningstider.

Vilka prestationsmått är tänkbara för sjukhusets slutna vård? Några mätbara enheter skall diskuteras i följande båda avsnitt.

Sänkt genomsnittlig kostnad per vårddag vid ställd diagnos

Som vårddag kan räknas varje helt dygn som en patient tillbringar inom sjukhuset. En viktig felkälla uppstår, när vårddagarna ställs

i relation till kostnaderna. Ju längre en patient stannar på sjukhuset, desto lägre blir vanligen den genomsnittliga kostnaden per vårddag. Kostnaderna för diagnos, operation och medicin brukar i särskilt hög grad hänföras till de första dagarna. Kostnaderna för sjukhusets "pensionatsfunktion" är däremot ganska lika från dag till dag. Under vissa omständigheter kan ett sådant mått leda till att patienten får stanna på sjukhuset längre än nödvändigt.

Sänkt genomsnittlig kostnad per patient vid ställd diagnos

Som patient räknas varje person som åtnjuter vård i samband med övernattnings på sjukhuset. När personer köar för intagning, aktualiseras önskemålet om kort vårdtid per patient och stort antal patienter. Att ta antalet intagna patienter som prestationsmått ger vissa impulser för effektiv användning av sjukhusets resurser. Det är också tänkbart att detta prestationsmått kan stimulera till alltför tidig utskrivning. Ett exempel på prestationsbudget för den medicinska kliniken vid ett sjukhus ges i Exempel 4, sid. 55. Där har de beräknade kostnaderna för olika sjukdomsgrupper uppdelats på patient och vårddag.

Kostnaderna för olika sjukdomsgrupper fördelas på tre kostnadslag, nämligen:

1. *Löner*. Lönerna har antagits vara proportionella med antalet vårddagar. Någon fördelning av lönerna på olika personalkategorier har inte gjorts.
2. *Läkemedel, laborationer, röntgen, sjukgymnastik* och andra liknande områden, vilkas kostnader avhänger av klinikchefens eller denne underställda läkares beslut. I exemplet har dessa kostnaders storlek antagits variera med sjukdomsslagen.
3. *Förbrukningsartiklar, tvätt, livsmedel* och liknande områden, där kostnadernas storlek är beroende av klinikföreståndares eller avdelningssköterskas beslut. I exemplet har dessa kostnader antagits vara proportionella med antalet vårddagar.

Budgetens befogenhetsaspekt

Uttrycket budgetens befogenhetsaspekt syftar på den befogenhet som befattningshavare på lägre nivå än den styrande politiska¹ har att ändra en fastställd budget genom att utan särskilt tillstånd flytta över medel från ett anslag till ett annat.

I praktiken kan man tänka sig en kontinuerlig skala av allt vidsträcktare befogenheter i detta avseende. Av pedagogiska skäl behandlas i det följande endast två alternativ.

Klumpbudget

Vid klumpbudget har den lokala enheten relativt stor befogenhet att under budgetperioden utan särskilt tillstånd ersätta ett anslag med ett annat. Administrativa åtgärder och bestämmelser spelar här en större roll än vid detaljbudget. Bland de administrativa åtgärder som reglerar handlingsfriheten för tjänstemännen märks stadgar och reglementen för verksamheten, bestämmelser om kontroll och överskridande av anslag och om den grad av samband som föreligger mellan användningen av anslag ett år och anslagsgivningen ett kommande år.

Klumpbudget medför således inte att politikerna avsäger sig möjligheten att påverka verksamheten. Det har ofta observerats inom enskilt näringsliv att decentralisering av beslut som gäller den löpande driften leder till centralisering av planering och kontroll. Det finns också möjligheter till variation i graden av decentralisering i en klumpbudget. Man kan bestämma att tillsättande av ordinarie befattningshavare inte får ske utan att landstinget först har inrättat tjänsten, medan sjukhusledningen däremot ges befogenhet att själv inköpa en arbetsbesparande maskin för medel som annars skulle erfordras för avlöning.

Vid klumpbudget ställs större krav på revisorerna än vid detaljbudget. Beträffande ett sjukhus torde deras uppgifter vara att ta ställning till om sjukhusledningens och klinikledningens beslut i

¹ För landstinget förvaltningsutskottet och för övriga kommuner drätselkammaren eller stadskollegiet.

ekonomiska frågor har varit ändamålsenliga inom ramen för klumpbudgetens handlingsfrihet. Det är således inte endast fråga om kontroll av utbetalningarna.

Detaljbudget

Vid detaljbudget har den lokala enheten mindre möjlighet än vid klumpbudget att utan särskilt tillstånd ersätta ett anslag med ett annat. I förhållande till klumpbudgeten reduceras således antalet handlingsalternativ en befattningshavare får välja mellan. Detaljbudget kan innebära att man får avstå från alternativ som i en given situation bedöms vara effektiva, emedan de inte omfattas av budgeten.

I en beskrivning av budgetens befogenhetsaspekter jämför de amerikanska budgetforskarna A. Enthoven och H. Rowen¹ detaljbudgeten med en omyndig sons hushållning. Sonen ber sin far om pengar till en bok eller en bil. Sonen vet att det han kommer att få är beroende av hur mycket han begär, vad han uppger att han tänker använda pengarna till och hur han har använt de medel han tidigare har fått. Det är karakteristiskt för hans situation att han inte har en given ekonomisk ram, inom vilken han kan agera efter eget gottfinnande. Eftersom fadern betraktar sig som ett moraliskt värn för sonen, är "budgetbeloppet" och vad som skall köpas för detta sammankopplade. En självständig inkomstagare har däremot större frihet att disponera sina resurser. Även om den parallell bilden uttrycker är ofullständig, visar den något av skillnaden mellan klumpbudget och detaljbudget.

Budgetens omfattning

Ifråga om omfattningen kan budgeten byggas upp antingen som brutto- eller som nettobudget.

¹ Enthoven, A. & Rowen, H., Defence planning and organization. Santa Monica 1959.

Bruttobudget

Vid bruttobudget ingår både inkomster och utgifter i budgeten. Denna form har hittills allmänt tillämpats inom offentlig förvaltning. Sjukhusen utgör i viss mån undantag, vilket skall belysas i det följande.

Nettobudget

Vid nettobudget ingår nettobelopp i den fastställda budgeten. Det betyder att endast vad förvaltningen erhåller från huvudmannen fastställs i budgeten. Om inkomsterna är större än utgifterna, omfattar nettobudgeten endast vad som skall levereras in till huvudmannen.

Nettobudget diskuterades av kommunalrättskommittén i utredningen om kommunala bolag.¹ Man menade, att den kunde tillämpas för de kommunala bolagens del. Detta skulle dock inte betyda att det vore tillräckligt med ett budgetförslag som endast visade, om skattemedel behövde tillföras förvaltningen, eller om denna beräknades lämna överskott. Däremot menade man att själva budgetfastställelsen inte skulle omfatta kostnader och intäkter utan endast det beräknade nettoresultatet. I sammanhanget påpekades, att flera poster inom budgetförslaget fick betraktas som låsta. På utgiftssidan kan det exempelvis gälla avskrivningar och lönekostnader för personal som finns upptagen på fastställd tjänsteförteckning. På intäktssidan kan låsningen gälla fastställda taxor. Nettobudget ansågs vidare vara olämplig för kapitalutgifterna.

Inom läkarnas öppna mottagningar har sjukhusen idag en omdiskuterad form av nettobudget. Läkarnas ersättning från patienterna går nämligen inte över sjukhusets budget. De betalar sjukhuset ett symboliskt belopp per patient som ersättning för mottagningslokaler, sjukvårdspersonal, utrustning osv. Det är endast genom detta belopp som verksamheten i fråga återspeglas i sjukhusets budget.

¹ Kommunala bolag och andra särskilda rättssubjekt för kommunal verksamhet. SOU 1965: 40. Stockholm 1965.

Budgetens tidshorisont

För offentliga organ skall en budget årligen fastställas. Detta är fastslaget i kommunallagarna för kommunernas vidkommande och i regeringsformen för statlig verksamhet. Hur lång tid budgeten bör omfatta är principiellt en intressant fråga. Ju längre tid en budget omfattar, desto osäkrare blir förutsägelseerna. Ju längre avtalsperioderna är mellan de anställda och sjukhusens huvudmän, desto större är möjligheterna att överblicka långa perioder. Ju stabilare de politiska värderingarna är över tiden, desto lättare är det att göra ekonomiska förutsägelser. I Frankrike användes under fjärde republiken en månadsbudget, vilket hade samband med den rådande politiska instabiliteten.¹

Ettårsbudget och flerårsbudget

För enkelhets skull upptas här bara två alternativ för den tid budgeten skall omfatta, nämligen ettårsbudget och flerårsbudget. En budget för kortare tid än ett år är inte aktuell i detta sammanhang. Flerårsbudgeten kan antingen vara "rullande", varvid översyn av anslagen för en ny flerårsperiod sker varje år, eller "icke rullande", varvid en ny budget upprättas med flera års mellanrum.

Det tycks i dag finnas en tendens inom offentlig förvaltning att planera för längre perioder än tidigare. Flera skäl kan ligga bakom detta. Man tror kanske på ett positivt samband mellan planeringsperiodens längd och möjligheten att "styra" utvecklingen. Ju snabbare kostnaderna stiger, desto mer uttalad är kanske ledningens vilja att påverka vad som sker. Genom att veta mer om framtiden kan de som i dag fattar sådana beslut vars resultat kan avläsas först om fem eller tio år känna större säkerhet i sitt arbete. Möjligheten till rationella ställningstaganden i oväntade situationer ökar genom långsiktig analys av olika handlingsalternativ.

Begreppen flerårsplanering och flerårsbudget har olika innebörd. Flerårsplanering är en nödvändig förutsättning för flerårsbudget, men flerårsbudget är mer än flerårsplanering. Anslagen

¹ Enligt Wildavsky, A., *Politics of the budgetary process*. Boston 1964.

skall nämligen av det ledande politiska organet ha fastställts att gälla under två eller flera år, om man skall tala om flerårsbudget.

EXEMPEL 4. *Prestationsbudget för en medicinsk klinik år 3, 100 vårdplatser.*

Sjukdomsgrupp	Antal patienter	Medelvårdtid dagar	Per patient				Förslag		Jämförelsesiffror	
			Löner	Läkemedel, laborationer, röntgen o.d.	Förbrukn.-art., tvätt, livsmedel o.d.	Summa	Per sjukdomsgrupp		Budget år 1 S:a kr	Bokslut år 2 S:a kr
							Summa vard-dagar	Summa kronor		
Ämnesomsättnings-sjukdomar	60	27	1 620	189	297	2 106	1 620	126 360	114 090	103 650
Hjärt- o. kärlsjukdomar	195	30	1 800	270	330	2 400	5 850	468 000	405 000	320 350
Respirationsorganens sjukdomar	50	19	1 140	171	209	1 520	950	76 000	70 000	62 000
Digestionsorganens sjukdomar	145	31	1 860	372	341	2 573	4 495	373 085	350 000	312 000
Rörelseorganens sjukdomar	60	45	2 700	595	495	3 790	2 700	227 400	220 000	225 000
Geriatriska sjukdomar	240	23	1 380	162	297	1 839	5 520	441 360	430 000	402 000
Observationsfall	70	15	900	285	165	1 350	1 050	94 500	90 000	92 000
Övriga	380	20	1 200	300	220	1 720	7 600	653 600	650 000	603 980
Per patient:										
Beräkning för år 3	1 200	24,6	1 489	279	281	2 050				
Budget för år 2	1 200	24,8	1 410	237	279	1 943				
Bokslut för år 1	1 170	25	1 300	257	266	1 813				
Per varddag:										
Beräkning för år 3						82: 60	29 785			
Budget för år 2						78: 25	29 760			
Bokslut för år 1						72: 50	29 250			
Summa för år 3			1 787 100	335 001	338 195	2 460 305				
Budget för år 2			1 692 080	285 575	335 775	2 329 090				
Bokslut för år 1			1 521 200	301 235	311 205	2 120 980				

Föreligger det några väsentliga skillnader mellan ettårs- och flerårsplanering för sjukhusens del? — Ju längre tid planerna omfattar, desto större vikt kommer man förmodligen att lägga vid alternativ till de nuvarande planerna. De faktorer som har aktualitet vid ettårsplanering och flerårsplanering är inte nödvändigtvis desamma. Åtskilliga förhållanden som inte är påverkbara på kort sikt är det i växlande grad på lång tid. Som exempel kan nämnas att sjukligheten i framtiden kan påverkas av förebyggande åtgärder; poliovaccineringen är ett exempel. Personaltillgången kan på kort sikt betraktas som given, men på lång sikt är den påverkbar genom införsel av utländsk arbetskraft, utbildning etc.

Budgetens periodiseringsaspekt

Med budgetens periodiseringsaspekt avses den tidsmässiga fördelning som ligger till grund för de i budgeten fastställda beloppen. De alternativ för periodisering som skall behandlas är kassabudget och resursperiodiserad budget.

Kassabudget

Vid kassabudget upptas som uppoffringar de utbetalningar som väntas ske under budgetperioden. Någon periodisering av uppoffringarna med hänsyn till förbrukningen under en viss tid kommer då inte till stånd.

Resursperiodiserad budget

Vid resursperiodiserad budget upptas som uppoffringar de väntade utgifter som fördelats med hänsyn till budgetperiodens förbrukning. Om uppoffringarna föranlett utbetalningar eller ej under budgetperioden är utan intresse vid den resursperiodiserade budgeten. På denna punkt skiljer den sig alltså från kassabudgeten.

Traditionellt har endast kassabudget varit vanlig inom offentlig förvaltning. Det betyder att t.ex. pensionskostnader inte belastar

den tidsperiod under vilken de intjänas och under vilken förvaltningen tar personalens tjänster i anspråk. I stället belastas de perioder under vilka utbetalning sker. Fastigheter och inventarier har på samma sätt belastat den tidsperiod under vilken de betalas.

När periodisering av produktionsresurserna skall ske, aktualiseras en rad särskilda frågor bl.a. om urval, värdering och fördelning.

Vid *urvalet* gäller det, om en faktor skall anses som uppoffring eller inte. Inom enskilt näringsliv är urvalsfrågan aktuell för exempelvis lön till företagsägare. För ett landsting kan problemet gälla om statsbidragsbelopp skall frånräknas sjukhusets byggnadskostnader. Både vid enskilda företag och vid offentlig förvaltning aktualiseras frågan om ränta skall tas med på det egna kapital som lagts ned i fastigheter och inventarier och hur hög räntesats man i så fall bör räkna med.

Vid *värderingen* gäller det storleken av de belopp som skall ingå i budgeten. En möjlighet är att utgå från historiskt fastslagna värden som fakturor, accepterade anbud eller andra utgifter. Det historiska värdet kan antingen uttryckas i nominellt värde, dvs. en krona kan anses ha samma värde vid olika tidpunkter, eller i realvärden, varvid hänsyn tas till penningvärdeförändringar. Ett alternativ som ibland används inom enskilt näringsliv är att ta hänsyn till knapphetsvärden eller alternativkostnader. Metoden tillämpas exempelvis vid kostnadskalkylering. Värderingsproblem kan uppstå dels om utbetalningarna redan är gjorda vid värderingstillfället, dels när åtaganden i framtiden väntas resultera i utbetalningar. Det sistnämnda är aktuellt för intjänad pension. Utbetalningens absoluta storlek är då okänd, och det gäller att med hjälp av riskfaktorer uppskatta denna.

Fördelningsproblemet har en tidsaspekt och en rumsaspekt. Tidsaspekten gäller hur stor del av resurserna, speciellt då byggnader och inventarier, som skall anses vara förbrukade under den aktuella tidsperioden. Vilka avskrivningar skall belasta perioden? Härvid gäller det att bestämma tillgångarnas väntade ekonomiska livslängd och den andel härav som faller på ifrågavarande period. Självfallet behöver denna andel inte vara proportionell med resursens hela ekonomiska livslängd.

När rumsaspekten aktualiseras finner man att vissa utgifter är hänförliga till en enhet (avdelning, klinik) och andra till flera enheter samtidigt. I det senare fallet uppstår ofta fördelningsproblem. Grunden härtill kan vara att en "orsakslogisk" fördelning inte är möjlig eller att en fördelning skulle kosta mer än värdet av informationen ifråga. Man finner således samkostnader vilka är gemensamma för flera avdelningar, kliniker, program eller prestationer.

En fördelning av enbart t.ex. en vårdavdelnings särkostnader tar inte hänsyn till avdelningens andel av den centrala administrationens kostnader. Det är en lämplighetsfråga hur långt man vill gå i en fördelning av administrationskostnader och liknande samkostnader. Ett kriterium kan vara det ekonomiska. Kostnaderna för en fördelning bör stå i rimligt förhållande till det värde som informationen har vid beslutfattande. Man finner således, att en budget kan utformas med större eller mindre exakthet i förhållande till den verkliga förbrukningen.

Budgeteringens startpunkt

Budgetarbetet kan i princip följa olika linjer. I det följande beskrivs två extrema alternativ, nämligen build-up-budget och break-down-budget.

Build-up-budget

I en build-up-budget gör varje avdelning självständigt upp sina äskanden med utgångspunkt från vad avdelningens ledning anser önskvärt eller nödvändigt. De olika äskandena läggs samman till ett budgetförslag för hela organisationen. Detta förfaringsätt är det vanliga vid sjukhusen liksom i praktiskt taget all offentlig förvaltning.

Break-down-budget

Break-down-budgeten skiljer sig på en viktig punkt från en build-

up-budget. Initiativet i ekonomiskt avseende ligger inte hos varje lokal enhet utan hos den politiska ledningen. Denna ger en ekonomisk ram, inom vilken äskandena skall hålla sig. Denna kan ha bestämts med utgångspunkt från en acceptabel skattesats. Vid build-up-budget kommer däremot inkomstbehovet fram, när önskemålen har lagts samman och bedömts.

Några andra budgetbegrepp

Driftbudget och kapitalbudget

Det är vanligt att ekonomiska handlingsprogram i offentlig förvaltning uppdelas i driftbudget och kapitalbudget. En utgångspunkt vid indelningen är att de i driftbudgeten ingående posterna skall skattefinansieras och kapitalbudgetens poster lånefinansieras. Uppdelningen motiveras i fråga om kommunerna av kommunallagens bestämmelser om förmögenhetsskydd. Till driftbudgeten förs i princip det som förbrukas under året. Övriga belopp — sådana som påverkar det så kallade stamkapitalets storlek — förs till kapitalbudgeten.¹ Inom privata företag brukar man använda begreppet investeringsbudget som en motsvarighet till termen kapitalbudget.

Kapitalbudgetens poster kan inte utväljas generellt. I stället tillämpas mer eller mindre godtyckliga konventioner. Man kan t.ex. komma överens om att inköp av artiklar som har en ekonomisk livslängd av mer än fem år och ett inköpsvärde av mer än 1 000 kr skall föras till kapitalbudgeten.

Ibland är det uppenbart att en viss anskaffning eller försäljning skall betraktas som kapitalutgift eller kapitalinkomst och därför bör föras till kapitalbudgeten. Detta är fallet, då kommunen köper fastigheter som den i fortsättningen skall äga. I andra fall kan praktiska skäl avgöra, om driftbudgeten eller kapitalbudgeten skall användas.

Genom avskrivningar och överföringar mellan kapital- och driftbudget kan man skapa en successiv fördelning av utgifterna för en

¹ Se Kommunernas kapitalredovisning. Kristianstad 1956.

tillgång på den tid den beräknas tillhöra förvaltningens produktionsapparat. Kommunernas kapitalredovisningskommitté har föreslagit att man redovisningstekniskt skall uppta en avskrivning dels som kostnad på driftbudgeten, dels som kapitalinkomst på kapitalbudgeten.

Monetär eller fysisk budgetering

Under budgetarbetet kan man använda uppgifter i kronor och ören, dvs. företa en monetär budgetering. Så snart priserna förändras och avtal på arbetsmarknaden medför lönejusteringar, är värdena föråldrade. Utöver monetär budgetering kan man använda fysiska storheter, exempelvis antalet befattningshavare av ett visst slag, antalet personaltimmar eller en specifikation av viktigare produktionsfaktorer i övrigt. Att ange de nämnda storheterna kan betraktas som ett led i en fysisk budgetering. Det är emellertid inte bara när man vill klargöra produktionsresursernas omfattning som den fysiska budgeteringen har betydelse. Den kan vara ett värdefullt hjälpmedel också när man vill fastställa verksamhetens syfte t.ex. prestationer av en viss omfattning.

4 Samband mellan budgetens uppbyggnad och syftena

I kapitel 3 framlades skilda handlingsmöjligheter vid budgetens uppbyggnad. Vad innebär de olika alternativen? Vilka bör man välja?

De syften för budgetsystemet som anses väsentliga har redovisats i kapitel 2. I det följande behandlas principiella samband mellan syftena och alternativen.

Anslagsbeviljarna och budgetalternativen

Närmast diskuteras de samband som kan föreligga mellan budgetsystemets uppbyggnad och dess möjligheter som instrument för anslagsbeviljarnas avgöranden.

Anslagsbeviljarna och budgetens specificeringstyp

Har en viss specifikation av anslagen i budgeten större förutsättningar som instrument för anslagsbeviljarnas avgöranden än en annan specifikation av anslagen?

Den vanlige medborgaren blir troligen ganska förvirrad av en budget som presenteras på traditionellt sätt med endast kostnadsragen angivna. Inför mängden av siffror för personal, utrustning, omkostnader osv. står man lätt handfallen. Även de folkvalda som skall fördela resurserna torde ofta känna sig lamstagna inför en sådan budget. Ingen får en bild av de slutprodukter i vilka allt detta skall resultera. Den traditionella budgeten antyder inte ens vad man får för pengarna.

Som ersättning för kostnadsslagsbudgeten har föreslagits pro-

gram- och prestationsbudget. Vissa forskare är dock skeptiska mot de ibland slagordsmässiga argumenten för dessa båda budgettyper. Professor A. Wildavsky,¹ en amerikansk statsvetare, ställer frågan om en *programbudget* inte minskar de folkvaldas möjlighet till maktutövning. Han anser att själva begreppet program ger intryck av något odelbart. Man måste vara för eller emot den helhet det gäller. Det duger inte att förhandla om litet mindre eller litet mer, vilket man kunde göra vid kostnadsslagsbudgeten. Det är svårare att bedöma ett stort program än att ta ställning till en rad någorlunda avgränsade delar, menar Wildavsky. Han anser också att programmets konstruktion innebär risk för större motsättningar bland de folkvalda än om specificeringen hade gjorts på det traditionella sättet. Det är lättare att komma överens om en ökning eller minskning på några tusen än om ett helt program. Det är lättare att enas om ett mindre tillägg eller en mindre reduktion än att jämföra värdena av olika program. Enligt Wildavsky innebär hittillsvarande praxis vid kostnadsslagsbudget att man bara granskar förändringarna i budgeten, vilket underlättar bedömningarna. Ärendena penetreras successivt av kommittéer och underkommittéer, innan de slutliga besluten fattas. Då har man också ett ganska begränsat område, inom vilket motsättningar kan uppstå, menar Wildavsky.

De refererade synpunkterna avser amerikansk federal budgetering. Detta föranleder frågan i vilken mån de kan tillämpas på svensk sjukhusbudgetering. Besluten om sjukhusens budget i Sverige fattas huvudsakligen av landstingen. Detta underlättar personlig kontakt mellan de folkvalda och berörda tjänstemän.

Även Wildavskys slutsatser inbjuder till kritik. Det kanske i och för sig verkar svårare för de folkvalda att bedöma, om en höjning av anslaget till ett program för digestionsorganens sjukdomar från 400 000 till 520 000 kr är befogad än att ta ställning till en höjning av exempelvis anslaget för kostnadsslaget blodplasma från 70 000 till 90 000 kr. Det är emellertid knappast möjligt att undvika en beräkning av olika kostnadsslags storlek, när en programbudget skall byggas upp. En sådan beräkning kan de folkvalda begära att få

¹ Wildavsky, A., *Politics of the budgetary process*. Boston 1964.

del av. Givetvis kan de vidta mindre förändringar i programmet och är inte tvungna att antingen godta hela programmet eller också förkasta det. Det är dock tänkbart att tendenser i den riktning Wildavsky har antytt kan göra sig gällande. De folkvalda kanske får en starkare känsla av att stå inför fullbordat faktum, om de föreläggs stora program som verkar odelbara än om de ställs inför en vanlig kostnadsslagsbudget. Man kan dock anta, att programbudgeten ändå innebär vissa fördelar för de folkvalda. Man får ett mera hanterbart material som därigenom kan vara enklare för de folkvalda att sätta sig in i och fatta beslut om. Man behöver inte heller dela Wildavskys rädsla för konflikter i de folkvaldas budgetarbete. I den mån motsättningarna leder till att nya alternativ framkommer och analyseras, kan de vara fruktbara och önskvärda.

Vilka fördelar har anslagsbeviljarna av *prestationsbudgeten*? Kan specificeringen av anslagen i kostnad per prestation utgöra en ersättning för det enskilda näringslivets prissystem? Är prestationsbudgeten ett hjälpmedel för effektiv resursfördelning?

Prestationsbudgeten har ett väsentligt värde, om den stimulerar de folkvalda till analys av prestationer, kostnader och alternativ. Inriktningen på prestationer i sjukhusets budget kan medföra att debatten om sjukhusets ekonomi blir mera levande för väljarna. Prestationsbudgeten kan emellertid vilseleda, om den byggs upp på ett oreflekterat sätt. Antag, att en framräknad kostnad per prestation inkluderar kostnader som är fasta eller språngvis förändras i förhållande till prestationsvolymen. Om volymen förändras, kan de slutsatser bli felaktiga som baseras på genomsnittskostnader med utgångspunkt från en given volym.

Prestationsbudgeten har en väsentlig nackdel, om materialet blir så omfattande att de folkvalda inte får grepp om väsentligheterna. Det är uppenbart att risken föreligger.

Är inte steget från dagens kostnadsslagsbudget till program- och prestationsbudget långt? När kostnadsslagsbudget används, är det troligt att *kostnadsställebudgeten* framstår som ett mera tilltalande och mer närliggande alternativ än program- och prestationsbudget. Men fördenskull bör program- och prestationsbudget inte beteck-

nas som utopiska. På lång sikt kan de få betydelse som hjälpmedel vid de folkvaldas beslut.

Fyra renodlade slag av specificering har behandlats, men det finns också mellanformer. En specificering som delvis bygger på kostnadsslagsbudgeten och delvis på kostnadsställebudgeten kan ge en del av den sistnämndas fördelar utan att därför medföra omfattande administrativt arbete. Kostnadsslagsbudgeten kan förenas med personalstat för varje klinik eller avdelning. Större nyinköp kan förtecknas för varje klinik. Det sker också ofta i praktiken. Den dominerande kostnadsposten inom sjukhuset utgörs av lön och lönebikostnader. När det gäller läkemedel, förbrukningsartiklar och liknande utgifter för den löpande driften torde de folkvalda knappast anse sig ha något mera betydande inflytande. Deras intresse av att sådana kostnader specificeras på kostnadsställen är förmodligen inte särskilt stort. När det gäller ny- och ombyggnader — områden där de folkvaldas inflytande däremot är stort — är det i sin tur fråga om enstaka beslut som på sitt sätt ligger vid sidan av den löpande budgeteringen.

Anslagsbeviljarna och budgetens befogenhetsaspekt

Föreligger samband mellan befogenhetsaspekten och budgetsystemets möjligheter som instrument för anslagsbeviljarna? Vid en detaljbudget fattar de folkvalda beslut om enskilda anslag på ett sådant sätt att ett anslag inte får utbytas mot ett annat utan särskilt tillstånd. Sådan substitution får däremot ske vid klumpbudget. Det kan därför förefalla, som om detaljbudgeten utgör det verkningfullaste instrumentet. Genom att detaljbestämma anslagen kan användningen av resurserna noggrant regleras. Men härvid förutsätts att de folkvalda har den information som krävs för att avgöra ett anslags storlek i förhållande till ett annat. Eftersom äskandena görs upp långt i förväg, kan förutsättningarna vara inaktuella, när budgeten skall tillämpas. Därför är det tänkbart att verksamheten bedrivs i närmare överensstämmelse med politikernas intentioner, om ekonomiska detaljbeslut fattas av tjänstemännen i enlighet med aktuella krav.

De folkvalda vill givetvis hindra att tjänstemännen får så stor handlingsfrihet att de politiska intentionerna äventyras. En långtgående klumpbudget torde minska de folkvaldas möjlighet att själva utöva inflytande. Av ovan anförda skäl kan inte heller en långtgående detaljbudget vara önskvärd. Den idealiska budgeten torde ligga mellan dessa ytterligheter men närmare detaljbudgeten än klumpbudgeten. Det bör observeras att man inte automatiskt har klumpbudget, om man överger kostnadsslagsbudgeten. Antag, att prestationsbudget används med kostnaderna angivna i anslutning till prestationerna. Detaljbudget innebär då, att anslagen för en grupp av prestationer inte får användas för en annan grupp. I en klumpbudget däremot är en sådan omdisponering tillåten. Relationen är liknande mellan klumpbudget och programbudget. Ju större programmen är, desto mer likartad karaktär får programbudget och klumpbudget. En kostnadsställebudget som inte har försetts med bindning till kostnadslag kan också ha väsentliga drag gemensamma med en klumpbudget.

NÅGRA SOCIALPSYKOLOGISKA ASPEKTER PÅ BUDGETEN. En budget kan betraktas som en begränsning i handlingsfriheten för dem som berörs av den. En väntad, positiv effekt är att individen stimuleras till bättre hushållning. Budgeten kan emellertid också uppfattas som en påtryckning. Den amerikanska socialpsykologen Chris Argyris¹ säger efter att ha studerat budgetens verkningar i några företag att man gärna bildar grupper för att minska verkningarna av trycket. Detta gäller under förutsättning att individen inte ensam kan minska detta. Gruppsammanhållningen gör att individen känner sig mindre pressad.

En påtryckning genom budgeten kan påverka individens eller gruppens beteende. Gruppen kan anse det olämpligt att hushålla med ett anslag för inköp av utrustning, om man därigenom riskerar att komma i ett sämre läge till ett följande år. Man gör kanske slut på de anslag man har fått för att få lika stora eller större anslag ett kommande år. I vilken mån en sådan vana verkligen ut-

¹ Argyris, C., Human problems with budgets. Harvard business review, Jan.—Febr. 1953.

vecklas och blir ett problem har troligen samband med de kommunikationer som byggs upp och det förtroende man på olika nivåer har för varandra.

Skilda yrkesgrupper har förmodligen olika uppfattning om budgetsysteemets möjligheter att påverka beteendet i en viss riktning. Ekonomiavdelningen betraktar kanske budgeten som ett hjälpmedel att hålla de anställda på alerten, att höja deras mål och öka deras motivation. En sådan värdering kan ligga nära till hands med tanke på ekonomiavdelningens bakgrund och uppgifter i sjukhuset. Den medicinska sidan betraktar troligen budgetfrågorna ur andra synvinklar. Uppfattningarna varierar naturligtvis inte bara mellan olika grupper utan också inom varje grupp.

Uppfattningen om budgetsysteemets betydelse för de anställdas beteende kan t.o.m. sättas i samband med synen på människan i organisationen. Den amerikanske administrationsforskaren David McGregor¹ skiljer mellan två betraktelsesätt som han kallar teori *x* och *y*. Teori *x* är den som chefer vanligen utgår ifrån. Individerna finner det obehagligt att arbeta och är kortsynt, självisk och oärlig. Därför måste han styras och kontrolleras, hotas med sanktioner och stimuleras med belöningar. En snävt tilltagen och noggrant tillämpad budget med starkt begränsad handlingsfrihet för individen ligger i linje med teori *x*.

Enligt teori *y* är det lika naturligt för människan att anstränga sig, ta initiativ och känna ansvar som att vila och leka. Det är givet att denna förutsättning får återverkningar på handlingsfriheten i ekonomiska frågor.

Teori *x* och teori *y* är renodlade exempel. Det intressanta i McGregors synsätt är att människouppfattningen bakom budgetens uppbyggnad skulle ha betydelse för hur denna fungerar i praktiken.

Anslagsbeviljarna och budgetens omfattning

Svarar nettobudget eller bruttobudget bäst mot budgetsysteemets syfte att utgöra instrument för anslagsbeviljarnas avgöranden?

¹ McGregor, D., *Företaget och människan*. Stockholm 1967.

Bruttobudgeten borde vara det verkningfullaste instrumentet. Vid en extrem nettobudget står anslagsbeviljarna utan möjlighet att påverka avgifternas storlek och användningen av resurserna. Det kan också finnas vissa mellanformer där skillnaderna i verkningssätt mellan netto- och bruttobudget blir ganska små. Så blir fallet, om intäktssidan läses genom en bestämd avgiftspolitik och utgiftsidan binds genom att beslut om anställande av personal ligger hos de folkvalda.

Anslagsbeviljarna och budgetens tidshorisont

Har de folkvaldas möjligheter att påverka budgetbesluten samband med hur lång tid budgeten omfattar? På den punkten uppställs följande antaganden:

1. Ju längre tid planeringen omfattar, desto mer uppmärksammas behovet av att genomföra förändringar i verksamheten.
2. Ju längre tid planeringen omfattar, desto större är de folkvaldas känsla av att utöva inflytande.

Flerårsplanering torde stimulera de folkvalda att uppmärksamma förändringar och kritiskt bedöma och granska verksamheten som helhet. Finns det möjlighet till och behov av en sådan översyn för sjukhusets del? Politikernas bindning av skilda intressentgrupper har tidigare omnämnts. Utvecklingen inom sjukhuset förefaller att vara mera bunden av institutionella faktorer än den är inom det enskilda företaget. Detta gäller exempelvis "produktionsinriktningen". Sjukhuset skall enligt sjukvårdslagen åstadkomma sjukvård. På många områden torde dock förutsättningarna att kritiskt bedöma och granska verksamheten vara likartade för ett sjukhus och för ett enskilt företag. Detta gäller t.ex. metoder för att skapa god personalanda och ge tillfredsställande informationer om verksamheten.

Går det att överföra de gjorda antagandena om flerårsplaneringen till flerårsbudgeten? Man kan ställa sig tveksam av följande skäl. Efter hand inträffar förändringar i sjukhusets omvärld. Är det vid användande av flerårsbudget inte risk för att man läses till snart föråldrade alternativ? Användningen av nya mediciner för-

ändrade t.ex. mentalsjukhusens karaktär under 1950-talet i riktning mot mindre beläggning och kortare vårdtider. Aktuella tendenser, bl.a. till relativt tidig aktivitet och motion i stället för långvarigt sängläge vid hjärtinfarkt, kan medföra ändrade anslagsbehov. Tillkomsten av läkarhus kan avlasta sjukhusen viss vård och behandling.

Det kan ibland tyckas att redan en ettårsbudget är för lång, men ju mer komplex miljön är, desto mera betydelsefull blir planeringen. Det finns också betydelsefulla tendenser som talar för flerårsbudgeten. Om arbetsmarknaden inför flerårsavtal, ökar möjligheten att tillämpa flerårsbudget. Allmänhetens önskemål att få veta vilka skattehöjningar som kommer att vidtagas under en valperiod talar för att budgetperioden borde omfatta de folkvaldas mandatperiod. Om man utgår från budgetsystemets syfte att vara vägledning för de folkvaldas avgörande, torde flerårsbudget teoretiskt vara av större betydelse än en ettårsbudget. En rullande flerårsbudget förefaller att vara lämpligare än en icke rullande på grund av de nämnda, fortgående förändringarna i teknik, personaltillgång och behandlingsmetoder. Ur strategisk synpunkt kan flerårsbudgeten ha ett större värde för de folkvalda än ettårsbudgeten. Antag exempelvis att de vill begränsa utgiftsökningarna, och att det är vanligt att äskarna vid flerårsbudgetens uppgörande underskattar den teknisk-medicinska utvecklingen. När sedan förslag om uppjusterade anslag görs i samband med den årliga budgetberedningen, kan dessa avvisas med hänvisning till att den uppgjorda flerårsbudgeten inte får sprängas.

Anslagsbeviljarna och budgetens periodiseringsaspekt

Vilka samband finns mellan budgetens periodisering och budgetsystemets syfte att vara ett instrument för de folkvaldas avgöranden?

Antag att valet står mellan att anskaffa en röntgenutrustning för en milj. kr med en beräknad ekonomisk livslängd av 10 år eller en sådan för 750 000 kr med en beräknad ekonomisk livslängd av 5 år. I båda fallen antas första årets utbetalningar vara 500 000 kr.

Vid en kassabudget för ett år ger de båda alternativen ett likvärdigt intryck. Vid en resursperiodiserad budget som sträcker sig över samma tid klargörs att alternativen är skiljaktiga. I praktiken framgår skillnaderna mellan alternativen av sidoinformationen till budgeten. Kommentarer till budgeten har således en viktig uppgift.

Kassabudgeten måste alltså med hänsyn till önskemålet om lönsamhetsjämförelser kompletteras med resursperiodiserade analyser. I dessa medtas årets utbetalningar av exempelvis löner men också pensioner som har intjänats under året och andra lönebikostnader. När man analyserar lönsamheten av en maskinanskaffning som väntas ersätta eller inbespara personal blir resultatet vilseledande, om ett års kostnader för maskiner ställs mot ett års utbetalningar, exklusive lönebikostnader, för den inbesparade personalen. En sådan bristfällig information om prisrelationer kan resultera i att man inte använder teknisk utrustning i den utsträckning som vore lönsamt.

Om resursperiodiserad budget används för sjukhuset, måste den i sin tur kompletteras med kassamässiga analyser. Villkor kan också få knytas till den resursperiodiserade budgeten för att utbetalningarna under en viss tidsperiod skall hållas inom bestämda gränser.

Vill man jämföra lönsamheten av skilda alternativ, tycks resursperiodiserad budget vara väsentlig. Kostnadsanalyser vid sidan av kassabudgeten kan dock utgöra substitut för en resursperiodiserad budget. För finansiella mål är kassabudgeten givetvis betydelsefullare än den resursperiodiserade.

Anslagsbeviljarna och budgeteringens startpunkt

Build-up-budget och break-down-budget har angetts som alternativ, när budgetförslag skall göras upp. Om de folkvalda önskar att budgetsystemet skall vara ett instrument för styrning, tycks en break-down-budget ha följande fördelar framför en build-up-budget. Samplanering med den offentliga utgiftspolitik i övrigt möjliggörs på ett tidigare stadium. Den underlättar ekonomisk plane-

ring på längre sikt genom att begreppet "hushållning med givna resurser" får så central betydelse. Samordning av sjukhushuvudmannens aktiviteter inom och utom sjukhuset kan likaså underlättas.

Break-down-budgeten förutsätter goda kommunikationer i förvaltningen samt insikt och handlingskraft hos den politiska ledningen. Den största nackdelen vid jämförelse med build-up-budgeten ligger i risken att de folkvalda på ett tidigt stadium låser sig för en viss omfattning av verksamheten. Längre fram kan det visa sig att en annan omfattning eller inriktning skulle vara rimligare. Ges inte tillfälle till justering, kan konsekvenserna bli ogynnsamma. På det hela taget torde break-down-budgetens fördelar för de folkvalda vara fler och viktigare än nackdelarna.

Anslagsäskarna och budgetalternativen

I detta avsnitt behandlas olika budgetalternativs samband med det för budgetsystemet uppställda syftet att påverka anslagsäskarnas beteende.

Anslagsäskarna och budgetens specificeringstyp

Har förteckningen av anslagen samband med möjligheten att påverka anslagsäskarnas beteende? Om samband föreligger, är då kostnadsslags-, kostnadsställe-, program- eller prestationsbudgeten att föredra?

De troliga sambanden vid äskandet skall först diskuteras. I litteraturen framhålls att kostnadsslagsbudgeten kan leda till "anslagstänkande". Andra faktorer än lönsamhetsaspekten kommer i förgrunden. Professorn i företagsekonomi, *T. Paulsson Frenckner*, säger härom:

Personerna stå ej i centrum. Budgeten betraktas inte som ett program utan som en ram, inom vilken man har att hålla sig. Inte nog därmed . . . Budgetarbetet blir en allas kamp mot alla för att erhålla största anslag för den kommande perioden.

De anslagsäskande lära sig med tiden var de beviljande myndigheterna äro medgörliga och var de ha svårast att kontrollera vad som verkligen kan beräknas gå åt.¹

Gör sig den påtalade tendensen till "anslagstänkande" gällande endast vid kostnadsbudget?

I en idealisk situation, sällsynt i offentlig förvaltning, är det möjligt att bedöma värdet av både prestationer och resursanspråk. Det finns några områden inom sjukhuset där jämförelser med prestationernas marknadspriser är möjliga. Det gäller tvätt, kök, laboratorier, snickeri, tapetseri och sjukhushotell för vård av lättare fall. För andra områden inom sjukhuset är en värdering av prestationer mera komplicerad att genomföra. Det som tas i anspråk för att åstadkomma prestationerna kan däremot ganska lätt värderas. Prestationerna i sin tur kan räknas men svårigen åsättas relevanta värden, när det gäller exempelvis vård av svårt sjuka patienter, operationer, röntgenundersökningar osv.

Det är tänkbart att *prestationsbudgeten* kan skapa förutsättningar att ersätta ett "deterministiskt behovsresonemang" vid budgetäskandena med mindre kategoriska resonemang om skilda alternativs fördelar och nackdelar. Prestationsbudgeten ger nämligen en inriktning på såväl resursanspråken som de prestationer dessa skall resultera i.

Vad betyder *kostnadsställebudgeten* för ovannämnda syfte? — Det är en fördel att klinikchefen, överläkaren, får överblick över sitt förvaltningsområdes kostnader eller i varje fall de viktigare kostnadsposternas storlek. Man får emellertid inte bortse ifrån det allmänna fenomen som kallas avdelningstänkande. Detta kan ta sig uttryck i att klinikchefen inte är benägen att låta den personal vars kostnader belastar hans klinik tjänstgöra vid andra kliniker. Följden kan bli att patientens intressen eftersätts. Hur klinikchefen reagerar sammanhänger inte minst med de förhållanden som råder i den enskilda situationen.

Den person som äskar anslag skall senare kontrolleras. Detta kan medföra att äskandena utformas i överkant. Är det troligt att

¹ Frenckner, T. P., Budgetering, resultatplanering, intern resultatanalys. Örebro 1953, s. 50.

tendensen kan motverkas genom jämförelser mellan olika sjukhus? — Patienter, personal och resurser varierar från ett sjukhus till ett annat, varför större eller mindre variationer i kostnaderna måste förekomma. En kostnadsställebudget medför måhända en tendens till minskad spridning i kostnaderna för liknande kliniker vid olika sjukhus. De som ligger relativt högt försöker kanske minska sina äskanden, medan de som ligger lågt finner motiv för höjningar.

Har *programbudgeten* några fördelar vid äskandena med hänsyn till ovannämnda mål? Denna specificeringstyp har som tidigare nämnts främst fördelen att ge de folkvalda en överblick vid resursfördelningen men torde knappast stimulera till lönsamhetsöverväganden eller till större saklighet i motiven.

När det gäller *verkställigheten* av budgeten, har det antagits att kostnadsslagsbudgeten ger uttryck för vad som kan — för att inte säga skall — ”gå åt”. Det är dock osäkert om detta är något speciellt för kostnadsslagsbudgeten.

En förutsättning för att budgetsystemet över huvud taget skall ha betydelse vid verkställigheten är att information om kostnadsutvecklingen och prestationsutvecklingen delges de berörda tjänstemännen. Lönsamhetsmedvetandet hos personalen kan stimuleras genom snabb, regelbunden och begripligt utformad rapportering.

Anslagsäskarna och budgetens befogenhetsaspekt

Är detaljbudget eller klumpbudget lämpligast för påverkan av anslagsäskarnas beteende?

Det kan å ena sidan antas att detaljbudgeten medför en tendens att ta till ”med råge” vid äskandena, emedan dess olika detaljer görs upp, innan budgeten börjar tillämpas. Från tidpunkten för äskandet till tidpunkten för verkställigheten kan förändringar inträffa som en pessimistiskt lagd äskare vill vara beredd på. Å andra sidan tvingas äskaren vid detaljbudget att företa en detaljkalkyl och därigenom i förväg tänka igenom de alternativ som står till buds. Vid klumpbudget är troligen risken för godtyckliga uppskattningar större, eftersom korrigeringar inom den givna ramen kan ske senare.

Med tanke på verkställigheten förefaller klumpbudgeten ha fördelar framför detaljbudgeten, då tjänstemännen får större möjligheter att anpassa besluten till den rådande situationen. Att få tillstånd att använda ett anslag för ett annat ändamål än det avsedda kan vid en detaljbudget vara komplicerat och ta lång tid i anspråk. Det kan resultera i att negativa attityder skapas mot ledningen. En prutning av något enskilt anslag kan betyda, att en tillfredsställande verksamhet kräver andra anslagskombinationer än dem som ingår i de beviljade äskandena. Till detta kan det exekutiva organet formellt inte ta hänsyn vid en detaljbudget. Klumpbudgeten kommer troligen också att uppfattas som ett förtroende för tjänstemännen inom sjukhuset. Ett sådant förtroende kan få positiva återverkningar på beteendet. Litteraturen ger emellertid exempel på att verkningarna av ett ökat förtroende i speciella fall har blivit negativa.

En sjukhusdirektör eller en klinikchef kan under budgetens giltighetstid finna det lönsamt att utbyta personal mot teknisk utrustning. Vid en detaljbudget som bygger på kostnadsslag är ett sådant utbyte inte i överensstämmelse med budgeten.

Substitutionsmöjligheterna aktualiseras vid beslut som inte kan fattas eller förutses flera år i förväg. Ju längre tidshorisont budgeten omfattar, desto angelägnare är det ur denna synpunkt att klumpbudget används.

Ett problem vid klumpbudget är att den medför att tjänstemännens personliga mål kan göra sig gällande vid verkställigheten. Ju större överensstämmelsen är mellan de folkvalda och sjukhusets ledning om verksamhetens syfte och normer, desto större är möjligheterna att använda klumpbudget.

Anlag, att tjänstemännen trots detaljbudgeten vill att ett anslag skall ersätta ett annat. Det kan exempelvis ske genom medveten felkontering. Då har man inom detaljbudgetens ram oavsiktligt uppnått något av klumpbudgetens flexibilitet. Ju vanligare sådana förfaringssätt är, desto mindre blir den reella skillnaden mellan detaljbudget och klumpbudget. Troligen är inte förfaringssättet särskilt vanligt i dag. Klumpbudgeten har i jämförelse med en sådan metod väsentliga fördelar. För det första möjliggörs en tillför-

litligare redovisning, vilket underlättar planeringen för framtiden. För det andra åstadkommer man inom budgetsysteemets ram en situationsanpassning som upplevs som väsentlig av tjänstemännen, varför den kan stimulera till effektivitet i verksamheten.

Anslagsäskarna och budgetens omfattning

Föreligger samband mellan å ena sidan netto-, respektive bruttobudget och å andra sidan möjligheten till påverkan av anslagsäskarnas beteende?

Anslagsäskandena får en blygsammare roll vid nettobudget än vid bruttobudget. Nettobudgeten kommer därför att vid äskandena framstå som ett svagare instrument för beteendepåverkan än bruttobudgeten.

När det gäller verkställigheten ger bruttobudgeten en snävare handlingsram för den lokala nivån än nettobudgeten. Därigenom kan bruttobudgeten i jämförelse med nettobudgeten innebära mindre stimulans till extra insatser. Det är möjligt att en extrem bruttobudget i förening med enbart fast lön för sjukhusets läkare skulle komma att medföra mindre arbetsvolym än för närvarande från läkarna. Ur rekryteringssynpunkt kan nettobudget medföra positiva verkningar. Det gäller, om man antar att möjligheterna till ekonomisk rörelsefrihet lockar de bästa läkarna. Den form av nettobudget överläkarna i dag tillämpar på sina mottagningar innebär, att de i relativt hög grad är egna företagare, när det gäller att bestämma intäkterna. Samtidigt är de befriade från större avbrändningar och ekonomiska risker.

Det finns vissa risker ur allmän synpunkt, när nettobudget på detta sätt används inom ett av sjukhusens områden men inte inom ett annat. Det område, som ger möjlighet till större intäkter kan intressera mer än ett kanske viktigare men ekonomiskt mindre givande område. Överfört på läkarens arbete betyder detta, att den öppna vården kan tendera till att tilldra sig ett oproportionerligt stort intresse på bekostnad av den slutna vården, som enligt sjukvårdslagen är sjukhusets huvuduppgift.

Den förda diskussionen har gällt överläkarnas nettobudget för

mottagning i öppen vård vid sjukhuset. Antag, att sjukhuset som helhet hade nettobudget. Detta kunde betyda möjlighet till friare lönesättning, stimulans till nya initiativ, uppbyggande av lokala forsknings- och utvecklingsfonder osv. För den ledande personalen inom ett enskilt sjukhus kan detta betyda en sporre till ökat engagemang, vilket påverkar effektiviteten i gynnsam riktning. Det ställer också större krav på sjukhusledningens omdöme och handlingskraft. Effekten skulle komma att bero inte minst på sjukhusledningens kvalitet. Olikheterna mellan sjukhusen skulle troligen bli väsentligt större än i dag.

Med de ovan givna reservationerna förefaller bruttobudgeten att ge större möjlighet än nettobudgeten till påverkan av anslagsäskarnas beteende.

Anslagsäskarna och budgetens tidshorisont

Kan man anta någon väsentlig skillnad i möjligheterna till påverkan av anslagsäskarnas beteende vid flerårsbudget och vid ettårsbudget?

När det gäller budgetäskandena antas flerårsbudget ge större möjligheter till påverkan. Flerårsbudget är nämligen avsedd att stimulera till planering för framtiden, medan de dagsaktuella problemen ofta står i förgrunden vid ettårsbudget. Flerårsbudget kan därigenom främja sökandet efter nya lösningar på sjukhusets vård- och behandlingsproblem. Samtidigt ställer den större krav på äskarnas prognoser. Likaså fordras kännedom om planer inom andra delar av hälso- och sjukvården.

Andra skäl talar för att flerårsbudget inte skulle medföra nämnvärt ökade möjligheter till beteendepåverkan. Planer är alltid osäkra, och osäkerheten ökar ju längre tid de omfattar. Under sådana förhållanden kan man vid flerårsbudget låsas fast vid alternativ som inte kommer att svara mot kraven.

Om äskaren är sparsam till sin läggning och försiktig vid användningen av sjukhusets resurser, tror han kanske att han kommer att klara sig med mindre resurser än som är möjligt. Resultatet blir då att flerårsäskandena får ett orealistiskt, alltför blygsamt

innehåll. I en likartad situation kan man hamna, när det gäller budgetäskare med begränsade möjligheter att förutsäga vad som kan erfordras om några år.

Oavsett om budgeten som sådan omfattar ett eller flera år, förefaller flerårsplaneringen ha ett mycket stort psykologiskt och strategiskt värde. Om ett i och för sig välgrundat äskande inte tillstyrks ett år, kan det vara en tröst för äskaren att det har placerats i ett långtidsperspektiv. En alltför stor expansionsiver hos äskaren kan också dämpas, om han får göra upp flerårsplaner och uppmärksamma kostnadsutvecklingen.

Föreligger olikheter mellan ettårs- och flerårsbudgeten också i fråga om beteendepåverkan vid budgetens verkställighet? Kan flerårsbudgeten motverka den ibland påtalade tendensen att utnyttja de budgeterade beloppen under budgetperioden, oavsett om de behövs för verksamheten eller ej? Om belopp kvarstår oförbrukade räknar man måhända med att få mindre anslag för kommande år. Enligt litteraturen finns det ibland en sådan tendens.

Vid flerårsbudget infaller skiftena i budgetperioden naturligtvis mera sällan. Samtidigt är osäkerhetsmomenten i beräkningen flera. En åtstramning av hushållningen kan bli märkbar under året, om anslagen är knappt tilltagna och proceduren vid ansökan om tilläggsanslag alltför omständlig. När kassabudget tillämpas torde lagren av förbrukningsartiklar ibland ha fått utgöra buffert i sådana situationer.

Det måste anses tänkbart att beteendet även vid verkställighet av budgeten kan förändras i någon mån om flerårsbudget används i stället för ettårsbudget.

Anslagsäskarna och budgetens periodiseringsaspekt

En periodiserad budget kan i högre grad än en kassabudget stimulera till äskanden som baseras på lönsamhetsberäkningar.

En nackdel med kassabudgeten är att denna genom sin konstruktion kan stimulera till användning av personal i stället för maskiner, även där maskiner skulle vara mera lönsamma. Vid kassabudget ligger, som tidigare nämnts, ofta en väsentlig del av lönebikostna-

der på kommande tidsperioder. Det skulle troligen vara lättare för äskarna att lägga dimridåer över ett förslags verkliga kostnader, när endast de för budgetperioden beräknade utbetalningarna skulle anges. Men de folkvalda kan givetvis begära kostnadsberäkningar för fullständigare information.

Anslagsäskarna och budgeteringens startpunkt

Kan man anta att skillnader föreligger i fråga om möjligheterna till påverkan av anslagsäskarnas beteende vid break-down-budget och build-up-budget?

Äskandena får olika karaktär beroende på vilket av dessa båda alternativ som har valts. I stället för att äskaren gör upp mer eller mindre realistiska önskelistor utan kännedom om politikernas syn på kostnadsramen, vilket i princip är fallet vid en build-up-budget, ges vid break-down-budgeten en gräns för kostnadsutvecklingen. Detta senare betyder att äskarnas arbete begränsas. Man slipper nämligen att göra upp sådana planer som ändå skärs bort i ett senare stadium. Det vore dock felaktigt att tro att risken för prutningar i äskandena fullständigt försvinner vid break-down-budget. Möjligheten till nedskärningar eller tillägg måste alltid finnas.

Genom break-down-budgeten flyttas en viktig del av avväggningsarbetet över på de äskande. De måste själva ta ställning till vad de vill ha inom en viss ram.

Slutsatsen är, att break-down-budgeten tycks vara ett verkningsfullare instrument för påverkan av anslagsäskarnas beteende än build-up-budgeten. Som framgår av ovanstående gäller skillnaden vid äskandena. För verkställigheten av budgeten torde däremot valet av initiativpunkt inte ha större betydelse.

Sakkontrollen och budgetalternativen

I närmast följande avsnitt diskuteras antaganden om samband mellan å ena sidan möjligheten till administrativ sakkontroll och å andra sidan skilda uppbyggnader av budgeten.

Sakkontrollen och budgetens specificeringstyp

Skiljer sig möjligheten till administrativ sakkontroll från en specificeringstyp till en annan?

Antag, att en avvikelse mellan budget och utfall har framkommit. Vid en kostnadsslagsbudget utan anknytning till kostnadsställe, program eller prestation kan avvikelseanalysen få en formell karaktär, inriktad på frågan om anslagen har följts. Vid kostnadsställe-, program- eller prestationsbudget kan tjänstemännen kombinera kostnadsslag på olika sätt inom anslagets ram. Sakkontrollen kan då komma att utgöras av dels en formell kontroll av att anslagsramen har hållits, dels en förvaltningskontroll som går ut på att undersöka om tjänstemännen har kombinerat olika kostnadsslag på lämpligt sätt. Vid kostnadsställe-, program- och prestationsbudget kan sakkontrollen genom att förenas med en sådan förvaltningskontroll ges en mera nyanserad karaktär än vid kostnadsslagsbudgeten.

När man vill hänföra en avvikelse till någon ansvarig befattningshavare, framstår kostnadsställebudgeten som den betydelsefullaste av de fyra specificeringstyperna. När man vill kontrollera kostnadsutvecklingens samband med resultatet, kan prestationsbudgeten ha motsvarande roll.

Sakkontrollen och budgetens befogenhetsaspekt

Föreligger skillnad i möjlighet till administrativ sakkontroll vid jämförelse mellan detaljbudget och klumpbudget?

Vid klumpbudget föreligger högre grad av decentralisering av beslutsrätten. Är det anslagsbeviljarna eller tjänstemännen inom sjukhuset som har den bästa möjligheten att fatta rationella beslut i detaljfrågor? Tjänstemännen kan fatta beslut vid verkställighetstiden till skillnad mot de folkvalda som måste göra det lång tid i förväg. Sakkontrollen vid klumpbudget torde därför bli en förvaltningskontroll, medan formell kontroll ligger närmast till hands vid detaljbudget. Som underlag för förvaltningskontroll kan andra utgångspunkter än budgeten fungera. Vid klumpbudget får denna således inriktas på hur ändamålsenligt budgeten har verkställts.

Vid en detaljbudget däremot väntas den huvudsakligen gälla avvikelser inom olika delposter.

Denna skillnad torde dock inte innebära någon väsentlig olikhet i möjligheterna som sådana till kontroll vid detaljbudget och klumpbudget.

Sakkontrollen och budgetens omfattning

Vid en jämförelse mellan nettobudget och bruttobudget ur sakkontrollens synpunkt framgår följande. Vid nettobudget blir insynen över ekonomin förhållandevis ringa. Detta gäller, om man inte tillförsäkrar sig insyn genom åtgärder av andra slag. Nettobudgeten är därför ur sakkontrollsynpunkt ett svagare instrument än bruttobudgeten.

Sakkontrollen och budgetens tidshorisont

Blir möjligheten till administrativ sakkontroll vid flerårsbudget bättre eller sämre än vid ettårsbudget? Sakkontrollen kan som bekant gälla andra perioder än budgeten. Vid ettårsbudget kan kontroll utföras per kvartal, halvår eller år. Budgetens tidshorisont binder således inte den tid som förlöper mellan verkställighet och kontroll. I detta fall skulle någon skillnad knappast föreligga mellan ettårs- och flerårsbudget. Tidshorisonten i budgeten har däremot inverkan på den tid som förlöper mellan budgetens fastställande och verkställighet. Ju längre budgetens tidshorisont är, desto längre blir genomsnittligt denna tid. Som en följd härav kommer sakkontrollen vid flerårsbudget att avse anslag som bygger på äldre siffror än vid en ettårsbudget. Detta innebär att avvikelserna kan bli större vid flerårsbudget än vid ettårsbudget. Följaktligen kan det administrativa arbetet i anslutning till sakkontrollen växa med budgetens tidshorisont. En flerårsbudget kan alltså medföra vissa problem i detta avseende, men på det hela taget torde valet av tidshorisont inte ha någon betydelse för den administrativa sakkontrollen.

Sakkontrollen och budgetens periodiseringsaspekt

Är kassabudget eller resursperiodiserad budget att föredra, då man vill ha ett instrument för administrativ sakkontroll?

Kassabudgeten har fördelar när det gäller finansiell kontroll. Den periodiserade budgeten underlättar i sin tur reell kontroll. Det är utbetalningarna som kommer till uttryck i kassabudgeten. Att en utbetalning äger rum under en viss budgetperiod kan bero på omständigheter som inte har samband med förbrukningen. En budget som tar fasta på förbrukningen, alltså resursperiodiserad budget, möjliggör jämförelser som är mer relevanta för verksamheten i stort än den utbetalningsanknutna kassabudgeten. Vill man genom budgeten kontrollera att gjorda investeringar utnyttjas, fordras resursperiodiserad budget. Den resursperiodiserade har också fördelar för den viktiga kostnadskontroll som är avsedd att stimulera till rationaliseringsarbete.

Sakkontrollen och budgeteringens startpunkt

Valet mellan break-down-budget och build-up-budget har enligt vad som tidigare har nämnts betydelse för de folkvaldas ordföranden och för budgetäskandena. Däremot kan valet knappast betyda något för möjligheterna till sakkontroll.

Prissättningen och budgetalternativen

Det fjärde syftet med budgetsystemet är att detta skall vara ett hjälpmedel vid prissättning. Vilka samband kan antas föreligga mellan detta syfte och budgetalternativen?

Prissättningen och budgetens specificeringstyp

Med tanke på prissättningssyftet eftersträvas en specifikation som tar fasta på debiteringsbara enheter. Prestationsbudgeten är då att föredra framför andra specificeringstyper, eftersom den kan omfatta exempelvis vårddag, patient eller huvuddiagnos.

Prissättningen och budgetens befogenhetsaspekt

För prissättningen saknar det betydelse, om detaljbudget eller klumpbudget används.

Prissättningen och budgetens omfattning

Är prissättningssyftet beroende av valet mellan nettobudget och bruttobudget? En relevant prissättning kan underlättas, om verksamheten kostnadsbestäms efter ett samordnat system, vilket talar för bruttobudget. Om öppen vård prissätts på ett sådant sätt att den slutna vården blir relativt sett förmånlig i förhållande till den öppna, kan trycket på den för sjukhuset dyrbara, slutna vården öka. Det bör dock observeras att även vid nettobudget prissättningen kan utformas på ett från dessa synpunkter olyckligt sätt. Nettobudgeten som sådan leder inte automatiskt till bättre balans mellan öppen och slutna vård.

Prissättningen och budgetens tidshorisont

Har det med hänsyn till prissättningssyftet någon betydelse, om ettårs- eller flerårsbudget tillämpas? Tidshorisonten har viss betydelse på grund av den fortlöpande penningvärdeförsämringen. Ju längre tid budgeten omfattar, desto större är risken att budgetens värden baseras på ett inaktuellt penningvärde, om justeringar inte sker. Det torde alltså sakna betydelse för prissättningssyftet, om budgeten läggs upp på ettårs- eller flerårsbasis.

Prissättningen och budgetens periodiseringsaspekt

När det gäller prissättningssyftet är periodiseringsaspekten av särskilt intresse. Resursperiodiserad budget eller i annat sammanhang framräknade, periodiserade utgifter fordras för att relevanta priser skall kunna sättas.

En långt gående fördelning av självkostnaderna har eftersträfvats exempelvis i landstingsförbundets utredning om driftbokföring.¹

¹ Förslag till driftbokföring. Stockholm 1958.

Det är tekniskt möjligt att driva fördelningen av kostnader mycket långt. Men man får göra klart för sig, att ju finare fördelningen görs, desto dyrbarare blir det administrativa arbetet med fördelningen. En avvägning får därför göras mellan å ena sidan de fördelar man tror sig vinna genom fördelningen och å andra sidan de resurser som det administrativa arbetet kräver.

Prissättningen och budgeteringens startpunkt

Med hänsyn till prissättningen torde det inte ha någon väsentlig betydelse, om build-up-budget eller break-down-budget används.

Slutsatser

Beträffande budgetens *specificeringstyp* har tre alternativ till kostnadsslagsbudget tagits upp, nämligen kostnadsställe-, program- och prestationsbudget. Programbudgeten kan vara ett hjälpmedel vid anslagsbeviljarnas avgöranden. I viss mån gäller detta också prestationsbudgeten, även om budgetunderlaget kan bli så omfattande att väsentligheterna inte framträder klart. Prestationsbudgeten kan också stimulera till alternativa budgetförslag. När det gäller påverkan av anslagsäskarnas beteende samt sakkontroll har kostnadsställebudgeten ansetts viktig.

I fråga om budgetens *befogenhetsaspekt* kan klumpbudget ha betydelse för syftet att påverka anslagsäskarnas beteende. Som instrument för anslagsbeviljarnas avgöranden anses detaljbudgeten dock vara att föredra.

Slutsatsen beträffande budgetens *omfattning* är att bruttobudgeten har fördelar framför nettobudgeten, inte minst ur kontrollsynpunkt.

När det gäller budgetens *tidshorisont* talar vissa skäl, bl.a. de stora kostnaderna för budgetens uppgörande, för att budgeten bör omfatta mer än ett år. Flerårsbudget antas vara ett bättre instrument för landstingets politik än en ettårsbudget. Syftet att påverka anslagsäskarnas beteende uppfylls troligen bättre vid flerårsbudget.

FIGUR 4:1. *Antaganden om samband mellan budgetsystemets syften och budgetalternativen.*

Dimension i budgetsystemet

Syfte		Dimension i budgetsystemet					
		Specificeringstyp	Befogenhetsaspekt	Omfattning	Tids-horisont	Periodiseringsaspekt	Budgeteringens startpunkt
Instrument för anslagsbeviljarnas avgöranden	Finansiellt	—	—	—	—	Kassabudget	—
	Reellt	Kostnadsställebudget Programbudget	Detaljbudget	Bruttobudget	Flerårsbudget	Resursperiodiserad budget	Break-downbudget
Instrument för påverkan av anslagsäskarnas beteende	Vid äskandet	Kostnadsställebudget Prestationsbudget	Detaljbudget	Bruttobudget	Flerårsbudget	Resursperiodiserad budget	Break-downbudget
	Vid verkställigheten	—	Klumpbudget	Bruttobudget	Flerårsbudget	Resursperiodiserad budget	—
Instrument för administrativ sakkontroll	Finansiellt	—	—	—	—	Kassabudget	—
	Reellt	Kostnadsställebudget Prestationsbudget	—	Bruttobudget	—	Resursperiodiserad budget	—
Hjälpmedel vid prissättning		Prestationsbudget	—	Bruttobudget	—	Resursperiodiserad budget	—

Ett streck i en ruta betyder att valet av budgetalternativ antas vara likgiltigt för ifrågasvarande syfte.

Beträffande budgetens *periodiseringsaspekt* har en kassabudget företräden ur finansiella synpunkter, medan en resursperiodiserad budget föredras med hänsyn till lönsamhetsbedömningen.

Budgeteringens *startpunkt* har betydelse för såväl anslagsbeviljarnas avgöranden som anslagsäskarnas beteende. Break-down-budgeten har därvid fördelar framför build-up-budgeten.

Effekten av ett budgetalternativ i en viss budgetdimension kan vara beroende av vilka budgetalternativ som tillämpas i andra budgetdimensioner. Klumpbudgeten kan exempelvis vara av större betydelse vid flerårsbudget än vid ettårsbudget.

Det finns inte en generell lösning på utformningen av ett budgetsystem som skall uppfylla de angivna syftena. Syftenas betydelse får vägas mot varandra. Därefter konstrueras ett budgetsystem som tar hänsyn till den aktuella situationen. Budgetsystemet får kompletteras med t.ex. kostnadsanalyser som i olika avseenden belyser och nyanserar budgetens uppgifter.

Budgetsystemet skall inte betraktas som ett universalmedel för att nå administrativ effektivitet inom en organisation. Vissa budgetalternativ kan emellertid vara mera användbara än andra som hjälpmedel vid ett sjukhus. Budgetsystemet är ett hjälpmedel bland många andra och har fördelen att ge en samlad överblick över sjukhusets ekonomi.

I figur 4:1, sid. 83, sammanfattas de antaganden om samband som diskuteras i detta kapitel.

5 Landstingens budgetarbete

Hur går budgetarbetet inom landstingen till i praktiken? Hur kommer man fram till budgeten för ett sjukhus?

Detta kapitel är avsett att ge den yttre ramen kring landstingens budgetarbete. Syftet är inte att testa hypoteser, inte heller att bedöma om de metoder som tillämpas är bra eller dåliga. Avsikten är att ge en bild av hur berörda personer tänker och resonerar, då det gäller budgetproblemet. Direkta citat har fått relativt stor plats i framställningen. Det är möjligt att de mera målande citaten har kommit att prioriteras. Intervjuer om t.ex. företagens investeringsbeslut visar att svar av den typ som här redovisas också lämnas inom enskilt näringsliv.

Kapitel 6 ger motsvarande bild av budgetarbetet för de landstingsfria städerna och de statliga sjukhusen. I därpå följande kapitel analyseras olika sidor av budgetförloppet. Där ställs frågor om budgetpraxis och återges intervjuade personers åsikter om och attityder till olika budgetalternativ.

Landstingslagen ger ytterst knapphändiga föreskrifter om hur budgetarbetet skall gå till. Lagbestämmelserna lämnar stor frihet åt landstingen. Detta förhållande har nödvändiggjort den undersökning som här redovisas.

Källan till redogörelsen i detta kapitel för budgetarbetet inom landets 25 landsting är 108 intervjuer under sommaren och hösten 1966 med ledande personer som är engagerade i landstingens budgetarbete. Dessutom har handlingar och protokoll från landstingen studerats.

Urvalet av intervjuade personer

Samtliga 25 ordförande i landstingens förvaltningsutskott och de dåvarande 23 landstingsdirektörerna ingår bland de intervjuade. I två landsting som inte hade landstingsdirektör 1966 har i det ena fallet förutvarande landstingsdirektören och en ledande tjänsteman samt i det andra fallet en kanslidirektör intervjuats. Det betyder att gruppen omfattar inalles 26 personer. För enkelhetens och sekretessens skull betecknas dessa 26 i fortsättningen landstingsdirektörer.

27 sjukhusadministratörer har intervjuats. Principen för urvalet har varit att den ledande administratören vid det största lasarettet i varje landsting skall ingå. Denne har antingen titeln sjukhusdirektör eller sjukhusintendent. Att det blivit 27 lasarett, alltså två mer än antalet landsting, beror på att undersökningen även omfattar ett sjukhus, vars administratör under många år experimenterat med ett ganska omfattande redovisningssystem, och dessutom ett lasarett i en stad som tidigare inte har tillhört landsting men som har gått över till landsting 1963. De 27 sjukhusen kallas i det följande centrallasarett. De intervjuade sjukhusadministratörerna svarar för administrationen av 70 procent av landets lasarettplatser.

De 30 överläkarna i undersökningen utgör ett kvotaurval. De kommer från samtliga de 27 centrallasarett. Tre av de större lasarett representeras av vardera två överläkare. I urvalet ingår 16 medicinare, 6 kirurger och 8 överläkare vid specialkliniker. Eftersom det således inte är fråga om ett slumpmässigt urval bör svaren från överläkarna inte generaliseras att gälla överläkarkåren som helhet.

Många intervjuade har förklarat sig vara glada över att budgetarbetet blir föremål för intresse från vetenskapligt håll. Inte någon av de tillfrågade inom landstingen har ställt sig avvisande till en intervju.

Hur startar budgetarbetet?

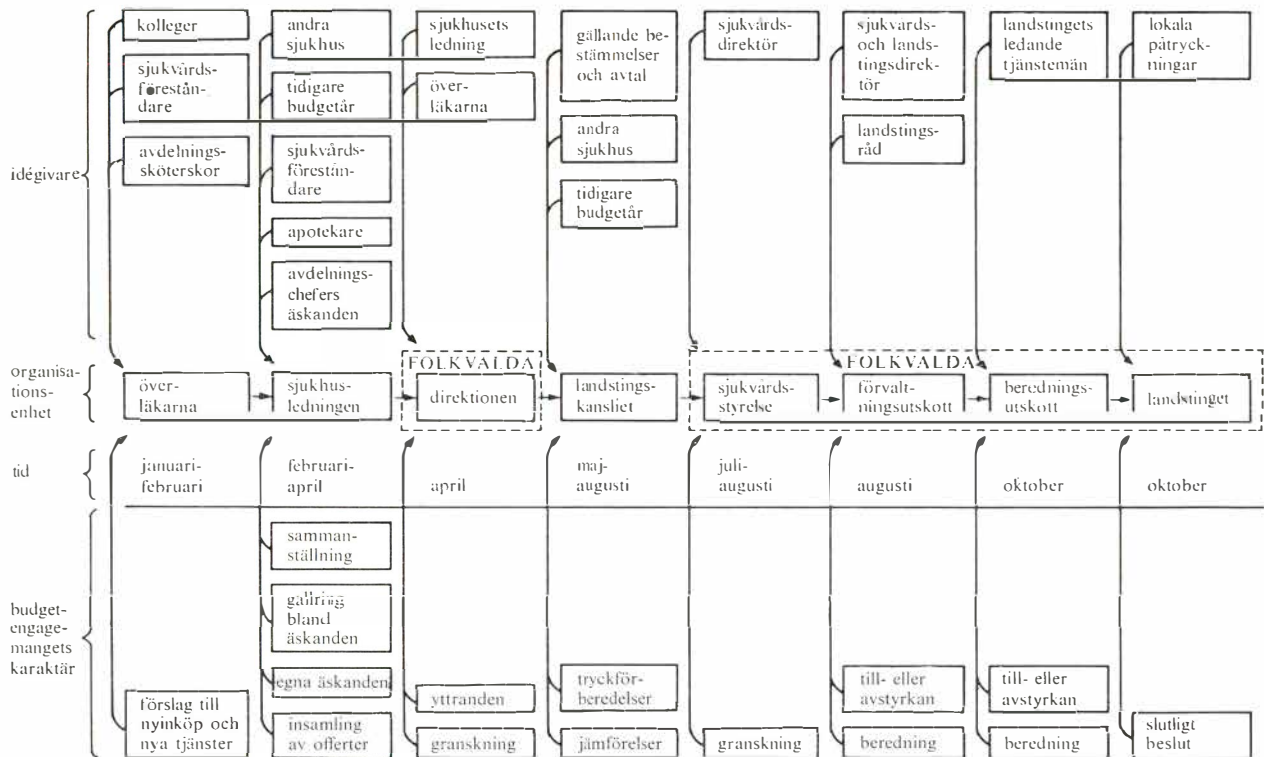
En grafisk framställning av landstingens budgetarbete finns i figur 5: 1 (sid. 88). Formellt börjar budgetarbetet i landstingen över lag med ett cirkulär från sjukhusadministratören till överläkare och andra avdelningschefer. Det sänds vanligen ut i januari, 12 månader innan budgetåret börjar. I cirkuläret sägs att önskemål om nya befattningar, instrument, andra inventarier och sådana förändringar i övrigt som medför att kostnaderna påverkas skall vara inlämnade före en viss dag, vanligen i februari.

Överläkarnas budgetarbete

Bland metoder som har använts, när överläkarna skall göra klart för sig vad de vill äska, märks följande. Några gör under året anteckningar om aktuella apparater som de kommit i kontakt med. Det finns rentav de som själva fotograferar ny och intressant apparatur för att ha en aktuell uppfattning om vad som står till buds. Som källa för idéer nämns ofta kongresser, tidskrifter, studiebesök och diskussioner med kolleger vid andra sjukhus. Några nämnda skillnader i överläkarnas budgetarbete inom och utanför landsting har inte observerats. Följande redogörelse är därför i många delar giltig inte enbart för landstingen.

Initiativ till förändringar i sjukvårdspersonalens storlek och sammansättning kommer från tre håll. Överläkare kan själva ta initiativ. En läkare säger emellertid, att han har blivit mer försiktig med tanke på sjuksköterskornas reaktion. Behovet är ibland dåligt utrett, och "har man en gång räckt dem ett lillfinger, är man såld". Det är vanligt att avdelningssköterskor anser arbetet alltför betungande och därför föreslår att vårdpersonalen skall utökas. Ibland skiljer sig avdelningssköterskornas önskemål åt, när det gäller hur mycket personal och vilka personalkategorier de vill ha. En läkare löser problemet genom att "låta sköterskorna slåss om det" vid ett gemensamt samråd. Klinik- och sjukvårdsföreståndare

FIGUR 5: 1. Förloppet vid landstingens budgetarbete.



(husmor) nämns också som initiativtagare till förändringar i personalens storlek. Överläkarna framhöll ofta, att påpekanden hade kommit från dessa personer i fråga om konsekvenser av arbetstidsförkortningar eller av att sjuksköterskelever inte längre räknas in bland arbetskraften.

Samråd i budgetarbetet

Några av överläkarna går runt till klinikkens personal, när äskandena görs upp, och frågar om det är något man önskar. Andra begär att få in önskemål och motiv i skriftlig form. En läkare som använder denna metod klagar över att "motiveringarna alltid är mycket torftiga". Flertalet överläkare säger, att de samråder med underläkare och biträdande överläkare i budgetarbetet. Men det finns också överläkare som är skeptiska till samråd, eftersom de själva tycker sig ha den bästa överblicken. "Det finns ingen anledning att samråda om detta", säger han.

Är väntan på anslag ett problem?

De äskanden som görs upp av överläkarna avser en tidsperiod som börjar först ett år senare. Betyder detta att angelägna anskaffningar fördröjs? Klagomål av det slaget har inte varit vanliga utan endast förekommit i enstaka fall. Mindre nyanskaffningar säger man sig vanligen ha kunnat göra när som helst under budgetåret oberoende av om de har äskats eller ej. Gäller det större anskaffningar kan man vända sig till förvaltningsutskottet (FU). Då får man vanligen de önskade anslagen.

Leverantörer av apparater erbjuder sig ibland att låna ut nyheter till sjukhusen. Om överläkaren är intresserad, får apparaturen stå kvar tills anslag beviljas. "Det här systemet försöker vi stävja", säger en administratör. Han liksom flera av hans kolleger anser detta vara ett oskick. Det har hänt, säger man, att en maskin har varit utsliten innan man har fått anslag för den. Däremot har läkare verkat positiva till metoden.

Överläkarkollegium

Vid några sjukhus finns överläkarkollegier som behandlar budget-
äskandena, innan dessa går vidare. Genom denna granskning vill
man eliminera dubblingar i äskandena och enas om vad som är
viktigt att få. Det är tydligt, att läkarna uppfattar diskussionen i
kollegiet som värdefull.

Sjukhusledningens budgetarbete

När äskandena kommer till sjukhusledningen, börjar den kamerala
och administrativa behandlingen. Personaläskandena genomgås av
sjukhusadministratören och hans medhjälpare. Vanligen inkopplas
också sjukvårdsföreståndare och i en del fall klinikföreståndare
i granskningsarbetet.

För en rad kostnadsslag lämnas inga äskanden från överläkare.
De uppgörs i stället av sjukhusets kamrer. Det gäller exempelvis
läkemedel, blod, blodplasma, förbrukningsmateriel, röntgenfilm
och livsmedel. En sjukhusadministratör beskriver detta arbete så
här: "Kamrern och jag enas om en viss kostnadsutveckling för
dessa kostnadsslag. Vi har hjälp av stickprovsundersökningar
bland läkare av typen 'Tror du det kommer att öka'. Vi jämför
med utvecklingen under tidigare år och försöker se vad som har
hänt under de senaste månaderna. Apotekaren bistår genom att
beräkna medicinkostnader för olika kliniker. Då kan vi upptäcka
att en klinik går in för ett nytt, mycket dyrt läkemedel, och vi kan
äska med tanke på det. Vi försöker också ta hänsyn till exempel-
vis onormala beläggningar. När det gäller medicinsk apparatur
är det väldigt svårt för en annan som inte är läkare att ta ställning.
Läkarna pläderar för sina äskanden, och vad jag gör är att jag
samlar in offerter i den mån de inte redan finns. I vissa fall för-
söker jag påpeka att det finns alternativ."

Inom ett landsting har man använt centralt framräknade stan-
dardmallar som gäller kostnaderna för medicin och förbruknings-
artiklar. Man har en viss norm för kostnaderna per vårdad patient
och dag. Normen skall underlätta beräkningen av budgetbeloppen

och skapa större likformighet mellan landstingets olika sjukhus. Avvikelser bör motiveras i äskandena. Mallarna har beräknats från tidigare års förbrukning. De har lett till en utjämning av kostnaderna. De sjukhus som har haft lägre kostnader enligt dessa mallar har haft en snabbare kostnadsstegring än de som har legat över mallarna.

Sjukvårdsföreståndarens roll

Varje sjukhus har en sjukvårdsföreståndare eller motsvarande befattningshavare med annan titel (första föreståndare, husmor). Denna person har en samordnande funktion i fråga om det praktiska vårdarbetet.

Att sjukvårdsföreståndaren har en viktig roll i planeringen av vårdpersonalens storlek framgår av uttalanden från både överläkare och sjukhusadministratörer. En av de senare säger: "Vi litar på husmor. Hon har kontakt med andra landsting. Här rättar vi oss rätt mycket efter hur andra har det." — Sjukvårdsföreståndaren engageras ofta både som initiativtagare och som granskare av budgetäskandena. — "I och med att sjukvårdsföreståndaren har sagt sitt ord, blir det så", säger en överläkare.

Information om kollegers äskanden

I några fall låter sjukhusadministratören varje överläkare få del av överläkarkollegernas äskande. Det händer att överläkare begär maskiner som redan finns på en annan klinik och där utnyttjas ofullständigt. Detta vill administrationen hindra genom att på detta sätt sprida kännedom om äskandena. En administratör som hade prövat men upphört med denna form av informations spridning menar, att den ledde till en rad mindre angelägna tilläggsäskanden.

Gallring bland äskandena

Vid en genomgång på sjukhuskontoret gallras äskanden bort som inte är tillräckligt underbyggda eller grundas på missförstånd. Men

ofta har överläkarna dessförinnan tagit kontakt med sjukhusadministratören. En administratör säger: ”Den bästa statgranskningen är nog när överläkarna tar kontakt med mig, innan de äskar, så att jag kan avstyrka sådant som inte är gångbart.”

Det är vanligt att administratören har individuella samtal med överläkare och avdelningschefer. Detta är motiverat inte minst därför att framställningarna vanligen är ytterst knapphändiga. Ofta vill man också veta vad som gjorts för att klara av situationen med nuvarande resurser.

Reparationer och mindre ombyggnader

Vid flera sjukhus sker en årlig fastighetsbesiktning. Vid ett sjukhus går inte mindre än nio förtroendemän och tjänstemän med i rundvandringen. Resultatet blir en förteckning över olika underhållsområden. Inom ett landsting används en annan metod. Där beviljas årligen några hundratusen kronor för underhåll av centrallasarettet. Därefter gör man en besiktning för att undersöka vad pengarna räcker till. Anslaget sägs vara knappt tilltaget och brukar överskridas med 10—20 procent.

Direktionens budgetarbete

Vid nästan alla sjukhus med lokal direktion mångfaldigas äskandena och sänds till sjukhusdirektionens ledamöter. På många håll har direktionen ett mindre arbetsutskott för genomgång av äskandena. Ofta kallas överläkare till utskottet för att ge ytterligare motiv, när direktionens ledamöter känner sig osäkra.

Varje överläkare får föredragningslistan till direktionssammanträdena. Överläkarna har rätt att närvara och yttra sig men saknar givetvis rösträtt. Vid ett par sjukhus sägs de komma praktiskt taget mangrant, när direktionen behandlar budgeten. I andra fall hör det till undantagen att någon annan än styresmannen/chefsläkaren är med från läkarsidan.

Förberedande kontakter

Händer det att överläkare tar kontakt med direktionsledamöter och politiker på högre nivåer, när önskemålen görs upp? Av intervjuerna framgår att överläkare ibland försöker skaffa sig en återförsäkring hos politikerna, när det gäller omfattande projekt eller sådana som de anser särskilt viktiga. Likaså kontaktas ibland landstingsdirektören samt sjukvårdsdirektören direkt. Hos flera sjukhusadministratörer märks viss irritation över detta. En säger: "Det finns vildvuxna läkare som går direkt på de centrala instanserna. Men om de är administrativt fostrade, tar de kontakt med sjukhusledningen först." Det lär t.o.m. ha hänt, att en läkare vars framställning hade avstyrkts har framfört sina önskemål i brev till samtliga landstingsledamöter.

Prioritering bland äskandena

Sjukhusledningen utformar vanligen förslaget till det yttrande som direktionen avger till landstinget. En sjukhusadministratör betonar att man för att indikera sin prioritering har "varierande grader av entusiasm" i yttrandena. Sådant som anses särskilt angeläget underbyggs med fylligare statistik än det som man anser vara relativt oviktigt.

Landstingskansliets budgetarbete

Hur är det centrala landstingskansliet engagerat i budgetarbetet? — Vid några landsting hålls en konferens i början av året, dit läkare och administratörer i sjukhusledningarna samt lasarettsdirektionernas ordförande inbjuds. Syftet är dels att informera om det allmänna ekonomiska läget i landstinget, dels att ge riktlinjer för budgetarbetet. I ett landsting, där man har prövat men övergett metoden, menar landstingsdirektören att den blev alltför tungrodd. Man lämnar i stället motsvarande information genom brev. Vid några landsting kallar man in sjukhusens ledning, när budgeten behandlas av kansliet. Vid andra åker i stället de ledande

landstingstjänstemännen och förtroendemännen ut till sjukhusen och diskuterar de lämnade äskandena på ort och ställe. Det händer särskilt, när man tvekar om ett äskande kan vara rimligt. — ”Vi vill att de skall vara införstådda med våra synpunkter. Vi vill ge dem tillfälle att argumentera för sina äskanden. De tycker om att vi kommer. Kan de argumentera bra och bevisa behovet, får de det”, säger en landstingsdirektör. ”Vi prutar aldrig. Vi begär bara att de redovisar ordentliga skäl.”

Det förekommer också att centrala representanter är med som åhörare, när de lokala direktionerna behandlar budgeten, liksom vid arbetsutskottens förberedelsearbete. ”Vi påverkas inte, men vi får väldigt mycket information och vi får frågor om hur man har det på andra håll. När vi sedan behandlar budgeten, kollar vi våra noteringar. Men man har det mesta i huvudet ändå, genom fortlöpande kontakter.”

Hur omfattande är granskningen? En landstingsdirektör beskriver kansliets arbete med budgeten så här: ”Vi får in en lunta på 350 sidor från centrallasarettet. Vi sammanfattar och ser efter, klinik för klinik, vilka nya tjänster och omregleringar som önskas. Vi kollar, om det är något uppseendeväckande. Det är således främst personalen som granskningen gäller.” En annan landstingsdirektör ger följande öppenlydiga beskrivning: ”Någon har ögnat igenom, och man har slagit ner siffror. Det har inte blivit mycket mer. Rent ut sagt är det inte mycket bevänt med vår granskning. Målet är att de som bedömer äskandena skall kunna förstå behovet. Det görs jämförelser med vad andra sjukhus begärt. Man vill få fram en sorts relationstal, så att man får se vilka prestationer och resurser som finns på olika håll. Det är mycket önskvärt att man får fram relationstal.”

Det förekommer en hel del underhandsdiskussioner per telefon, säger en landstingsdirektör. ”Läkare ringer direkt till mig. Det är en allmän vecklagan om underläkare, om apparatinköp osv. Den kommer också från intendenten och styresmän. Det är klart att vi försöker ta hänsyn.”

Begränsad tid för granskning

Sjukhusledningarna lämnade vanligen önskemålen för budgetåret 1967 till landstingskanslierna i slutet av april eller början av maj 1966. Första veckan i oktober sammanträder landstinget. Då skall kansligranskningen vara avslutad, löne- och organisationsnämnden samt centrala byggnadsnämnden skall ha tittat på äskandena, sjukvårdsdirektören, sjukvårdsstyrelsen, landstingsdirektören och förvaltningsutskottet skall ha yttrat sig, handlingarna skall ha tryckts och sänts till landstingets ledamöter. "Vad kan vi hinna under denna oändligt korta tid?" frågar en landstingsdirektör och fortsätter: "Inte mycket. Vi har 1½—2 månader på oss för granskningen. Denna skall göras vid sidan av det ordinarie (sic) arbetet. Risken är stor att vi gör fel, att vi inte gör vad vi skall."

Vid ett landsting säger man, att budgetarbetet för 1967 började redan i september 1965. Då samlades nämligen en grupp inom kansliet för att överlägga om erfarenheter av arbetet med budgeten för 1966. Hur det har varit och vad man kan göra för förbättringar är ämnet för denna "erfarenhetsgrupp". Resultatet har blivit att man infört kvartalskonferenser, som i huvudsak gäller ekonomiska och administrativa spörsmål. Dessutom har några ej riktade konferenser införts. Vid dessa deltar personer från såväl de olika sjukhusen som den centrala ledningen i landstinget.

Försök till prioritering

Vad går landstingskansliets granskning ut på? "Vi försöker få fram en prioritering i äskandena, så vi vet vad som är mest angeläget", säger en landstingsdirektör. "Ofta sägs allt vara lika viktigt. Då säger jag: 'Då gör det alltså detsamma vilket som stryks!' — I en del fall ser man det inte möjligt att ta ställning till om ett äskande om nya tjänster är rimligt eller ej. Då brukar förvaltningsutskottet begära medel för att eventuellt inrätta tjänsterna senare.

"Hittills har budgeten behandlats mycket lättsinnigt", menar en landstingsdirektör. "I framtiden vill vi gå igenom mera omsorgsfullt även de saker som ligger stilla år från år, vilket vi inte kan göra nu."

De folkvaldas slutgiltiga granskning

Den politiska granskningen, dvs. förtroendemännens engagemang i budgeten, börjar som nämnts redan med direktionens budgetarbete. Direktionens värde som granskningsforum har ifrågasatts under intervjuerna. Flera landstingsdirektörer menar att direktionerna är ”i händerna på läkarna”. Men inte ens överläkarna är alltid så förtjusta i direktionen. En av dessa säger: ”Direktionen behövs inte. Den sysslar med obetydliga frågor av typen ’vem som skall hämta soporna.’” Vid ett annat sjukhus ansåg en direktionsledamot, att ärendena var så väl penetrerade i förväg, att ledamöterna inte hade något att tillägga.

En överläkare berättar att direktionens ordförande vid ett tillfälle frågade honom till vad han skulle använda den nya maskin som han begärde ett ganska stort anslag för. — ”Den skall jag ha att operera dig med, när du blir sjuk”, sade läkaren. Då undrade landstingsmannen om det inte var något mer överläkaren behövde.

På sina håll har man centraliserat direktionerna, så att hela landstinget har en enda direktion för samtliga sjukhus i stället för att som tidigare ha en vid varje sjukhus. Sjukvårdsstyrelsen har då fått rollen som direktion.

Folkvalda ledamöter engageras också i de nämnder som förbereder budgeten för förvaltningsutskottet. Exempel på sådana nämnder är organisationsnämnd, lönenämnd och byggnadsnämnd. Den tid som dessa har för sin granskning är givetvis också starkt begränsad. Från ett landsting berättas att den genomgång av personalfrågorna som man väntat sig att löne- och organisationsnämnden skulle göra helt enkelt uteblev. ”De sade att de inte hade tid.”

De folkvaldas engagemang i granskningen

Hur djupt engagerar sig de folkvalda i granskningen? ”Jag avgör själv, hur mycket jag vill fördjupa mig i budgetarbetet”, säger en ordförande i ett förvaltningsutskott (FU). ”Jag ögnar genom skrivelsen, där budgetförslaget är sammanfattat i att-satserna. Jag tar

upp en diskussion om de frågor jag vill aktualisera." En annan svarar så här på frågan om hur den politiska granskningen tillgår: "Man tittar lite på tjänsterna. Rent politiskt är det inget parti som avviker. Man är ense om besluten. Det är genomgått när vi tar dem. Vi får lita på tjänstemännen. Det är bara om det är alldeles åt pipan som vi säger till." En tredje FU-ordförande säger: "Vi har varit i den ekonomiska ställningen att vi inte har behövt vara så noggranna. Här får de vad de vill ha."

Av svaren framgår, att FU-ordförandenas engagemang varierar mellan landstingen. Några berättar, att de självständigt försöker bedöma budgeten och tar personliga kontakter med överläkarna om deras äskanden. "Jag tar upp oklara punkter. Men jag ger inga förbindelser", säger en FU-ordförande. Variationerna kan i viss mån förklaras med olikheter i FU-ordförandenas övriga politiska engagemang. Det finns FU-ordförande som dessutom är ordförande i sjukhusdirektionen, i landstingets byggnadsnämnd och i landstinget.

Om en FU-ordförande är med i en sjukhusdirektion men inte i direktionen för ett annat sjukhus inom landstinget, är det väl risk att han är mera positiv, när det gäller att tillgodose det "egna" sjukhuset? Antydningar i den riktningen har framkommit under intervjuerna, men från ordförandehåll menar man sig vara oberoende i bedömningen.

Förvaltningsutskottets beredning

Den tid som budgetfrågornas behandling i pleno i FU tar varierar från 10 dagar i ett landsting till 1½ timme i ett annat av samma storlek. Flertalet ligger någonstans mellan dessa båda ytterligheter. I det förra åker hela FU till ett internat för att i lugn och ro förbereda budgeten. Där är således FU som helhet beredningsorgan. I det andra landstinget finns en särskild budgetberedning inom FU för den mera omfattande granskningen.

Landstingets beslut

Landstingens ledamöter samlas första veckan i oktober för att fastställa budgeten. Då bereds ärendena av särskilda utskott, som landstinget för ändamålet utser bland sina ledamöter. Det står landstingen fritt att bestämma organisationen och verksamhetsformerna för beredningsutskotten. Vanligen utses ett eller två utskott för hälso- och sjukvårdsärendena.

Landstingets behandling av budgeten karakteriseras genomgående som en formsak, en "mässa". Det är inte vanligt att landstinget ändrar i de framlagda förslagen eller att några egentliga sakt Diskussioner äger rum. Någon gång kan lokala önskemål resultera i att en eller annan tjänst läggs till, där förvaltningsutskottet har varit mera restriktivt.

Önskemål om central vägledning

I intervjuerna har administratörerna ofta nämnt den betydelsefulla vägledning de får i budgetarbetet genom att studera vad andra sjukhus har gjort och gör. Det är inte lika vanligt att FU-ordförandena omnämner sådana jämförelser. En av dem säger: "Vi sneglar inte så mycket åt andra sjukhus. Vi har våra egna tidsstudier och undersökningar." — Men effekten av tidsstudierna sägs ofta vara mycket blygsam. En överläkare kommenterar dessa undersökningar så här: "Någon rationalisering där man sparar personal har vi inte sett till."

Den tid som står till förfogande för budgetarbetet är för kort för att budgeten skall kunna behandlas på ett helt tillfredsställande sätt. Det är en uppfattning som många framfört. Under sådana förutsättningar vill flera av de intervjuade ha mera vägledning från centralt håll, från Landstingsförbundet, socialstyrelsen och forskningen. Större möjligheter till jämförelser skulle kunna kompensera något av det problem som ligger i den snävt tillmätta tiden för granskning, säger man. — "Det borde finnas ett provsjukhus, en mönsteranläggning, som prövar nyheter och låter oss få del av

erfarenheter i stället för att vi alla mer eller mindre skall vara försökskaniner”, sägs det i ett svar. Klagomålen över dålig informationspridning gäller inte minst de organisationsundersökningar som olika sjukhushuvudmän arbetar med. Man ser det som ett problem att inte veta vilka utredningar andra gör och vilka resultaten kan ha blivit.

Budgetarbetets tidsanspråk

Hur arbetskrävande är budgetarbetet? Att överläkarna på det hela taget inte betraktar budgetfrågorna som betungande framgår klart av intervjuerna. En överläkare, dessutom chefsläkare, uppskattar den tid hans beröring med budgeten tar till fem eller sex timmar per år. En annan överläkare säger, att ”budgeten är det värsta på hela året”. Han menar, att orsaken till detta inte ligger i tidsanspråken utan i de besvärliga avvägningar han måste göra.

Ett tiotal av de intervjuade sjukhusadministratörerna ser arbetet med budgeten som en av de mera arbetskrävande uppgifterna. Planeringen får sitt uttryck i budgeten. En administratör säger: ”Man är sysselsatt nästan dygnet runt från februari till maj. Vi sliter som djur, när budgeten skall sättas ihop. Oerhört många människor är engagerade i budgetarbetet. Men inget händer. Någon begränsning sker inte i utgifterna.”

Endast fem av de 26 landstingsdirektörerna anger budgetarbetet som en av de mest tidskrävande uppgifterna. En av de övriga uppskattar den tid budgetarbetet tar till högst fem procent av arbetstiden under året.

Sex av de 25 FU-ordförandena menar, att det är budgeten som tar mest i anspråk av deras tid som förtroendemän, medan övriga 19 pekar på andra områden.

Alla som intervjuats inom landstingen har fått svara på följande fråga: ”*Vad anser Ni om omfattningen av den tid Ni får ägna åt budgetfrågor? Är den alltför stor, rimlig eller alltför liten?*” Svaren fördelar sig procentuellt på följande sätt.

TABELL 5:1

	Över- läkare (N = 30)	Sjukhusad- ministratörer (N = 27)	Landstings- direktörer (N = 26)	Fu-ord- förande (N = 25)
Alltför stor	17	15	4	0
Rimlig	63	48	35	48
Alltför liten	17	33	62	52
Inget svar	3	4	0	0

Det är intressant att se att 17 procent av överläkarna och 15 procent av sjukhusadministratörerna anser att de får ägna alltför stor tid åt budgetfrågor.

Relationen till andra administrativa uppgifter

De som inte har angett budgeten som den mest arbetskrävande uppgiften har tillfrågats vilka av de administrativa uppgifterna som tar mest tid. Överläkarna nämner oftast personalfrågor, kontakter med kolleger och svar på förfrågningar samt byggfrågor.

Även sjukhusadministratörerna nämner personalfrågor och dessutom konferenser, samråd och planering. Någon menar att "brandkårsuttryckningar när saker och ting kör ihop sig" tar mycket tid. En administratör säger: "Mest tid tar alla ströfrågor och telefonsamtal om reparationer, personal, utrustning etc. som visserligen delegeras men som man ändå åker på och likaså mindre utredningar där man måste vara inkopplad." — "Jag delegerar hårt", säger en annan administratör och fortsätter: "Huvuddelen av min tid går åt att samordna mina avdelningschefer." Bland uppgifter man vill ha mer tid för nämns särskilt personkontakter.

"Jag är inte ensam mer än en halv timme per dag. Mest tid tar besök och sammanträden", säger en landstingsdirektör. Konferenser, sammanträden, rådgivning, planering och byggfrågor är de vanligaste svaren. "Jag ville ha mer tid för att läsa och följa med vad som händer inom olika förvaltningsområden och för att stärka den översiktliga kontrollen både över vår centrala och lokala förvaltning", säger en landstingsdirektör.

FU-ordförandena nämner särskilt ofta ”sammanträden i alla möjliga och omöjliga sammanhang” som den mest tidskrävande uppgiften. Några menar att inte sammanträdena som sådana utan förberedelsearbetet för dem i form av resor, överläggningar utan tidsgräns och inläsning av ärenden är mest betungande. Byggnads- och förhandlingsfrågor nämns av flera. ”Mest tid tar det att vara tillgänglig”, säger en av de heltidsanställda ordförandena. ”Folk skall inte behöva vänta på besked. Men ofta frågar jag mig, när kvällen kommer, vad jag har gjort i dag för att rättfärdiga min lön.”

Hur behandlas överskridande av anslag?

Budgetplaneringen är endast ett av budgeteringens problem. Ett annat är hur budgeten följs. Ett noggrant planeringsarbete kan sättas åsido, om utvecklingen blir en annan än den väntade.

Hur behandlas anslagsöverskridanden inom landstingen? I allmänhet mycket liberalt, även om metoderna skiftar något. Inom några landsting får sjukhusadministratörerna göra en prognos den första oktober och motivera de överskridanden som väntas uppkomma. Om anslagen inte räcker, får tilläggsanslag begäras. På flera håll behöver tilläggsanslag endast begäras om totalramen överskrids. ”Vi beviljar inte gärna tilläggsanslag utan ser hellre att man överskrider anslagen. Vi vet att det kan bli överskott på andra håll av driftsstaten”, säger en FU-ordförande. ”Det är inget att göra i fråga om driften. Den regleras i bokslutet. När det däremot gäller kapitalstaten beviljar vi tilläggsanslag.”

Inom några landsting har bokföringen centraliserats till landstingets kansli. Direktionens ordförande och förvaltningscheferna får besked från kansliet om den finansiella ställningen varje månad och får således också veta, om ett anslag eventuellt inte kommer att räcka. Inom andra landsting får kansliet besked månadsvis om medelsförbrukningen från det lokala sjukhuset.

Inom ett par landsting godtar man överskridanden om högst 10 procent utan anmälan till förvaltningsutskottet. En rätt typisk

uppfattning från centralt håll är följande: ”Det enda vi lägger oss i är om de anställer en massa folk.”

Ofta kommer besked om anslagsöverskridanden alltför sent, menar några FU-ordförande. På de flesta håll finns inga skrivna regler om förfarings sättet vid överskridanden. Några sjukhusadministratörer upplever detta som en brist. En säger: ”Det finns inte någon ordning på det.” Andra ser i stället avsaknaden av regler som ett exempel på ömsesidigt förtroende.

Storleken på överskridandena varierar. Vid ett landsting har överskridandena uppgått till 40 procent för förbrukningsartiklar och 20 procent för medicin. De statliga anslagsbeteckningarna reservationsanslag, förslagsanslag och obetecknade anslag¹ har inte slagit igenom inom landstingen. Men beteckningen förslagsanslag tycks stämma rätt väl för driftbudgetens anslag, om man bortser från personalstaten.

Förvaltningsutskottet har mycket stora befogenheter att ge extra anslag under det löpande budgetåret. Dessa möjligheter utnyttjas också i vissa fall. Ibland händer det att ett sjukhus får tillstånd att köpa inventarier, som skall tas upp först i nästkommande års budget.

Är medveten fellitterering ett problem? Det är en tänkbar metod för att undgå anslagsöverskridanden, om ett anslag är för litet och ett annat för stort. Överlag torde detta inte vara något nämnvärt problem vid centralasarett. Däremot säger ett par FU-ordförande att man haft svårigheter med mindre anstalter. ”På ett ställe var de så fulla i fan, att de tog av byggnadsanslaget och köpte psalmböcker”, berättar en FU-ordförande.

Landstingens revision

Landstingen väljer förtroendemän att revidera verksamheten. Ibland brukar dessa gå under beteckningen revisionsnämnder. För att verkställa den löpande granskningen har förtroendemännen till sitt förfogande tjänstemän eller särskilda revisionsorgan. Fyra landsting anlidade 1966 auktoriserade revisorer, sju vände sig till

¹ Se sid. 116 och sid. 122 beträffande innebörden i dessa begrepp.

Sveriges kommunalekonomiska förening, och 14 hade egna tjänstemän för revisionsarbetet. Lyder dessa senare under FU? Av principiella skäl har man ansett att detta inte bör vara fallet. Det är nämligen inte minst FU:s verksamhet som revisorerna skall granska. På sina håll har man ändå velat betrakta tjänstemännen i fråga som FU:s tjänstemän.

Från 1957 har justitieombudsmannens tillsyn och kontroll, vilken tidigare endast omfattade den statliga förvaltningen, vidgats till att också omfatta kommunerna. Tillsynen skall ske med beaktande av de särskilda betingelser som den folkliga självstyrelsen arbetar under. Ingripandena är begränsade till flagranta fall och har hittills varit få.

Långsiktsplanering i landstingen

Inte så sällan finner man i landstingens budgethandlingar den kommentaren att kostnadsökningarna har blivit större än beräknat. Hur ser då långsiktsberäkningarna ut? De ekonomiska flerårsberäkningarna brukar inte ges särskilt stort utrymme. Av de inalles 30 000 sidor som landstingens tryckta handlingar och protokoll omfattade för år 1966 upptas endast ca 300 sidor, dvs. en procent av sidantalet, av ekonomiska flerårsplaner. Två landsting svarar ensamma för bortåt hälften av detta sidantal.

Vad är anledningen till att flerårsplaneringen har en så blygsam omfattning i de flesta landstingen? En förklaring, som ges i ett landstings handlingar, är följande: ”På grund av att arbetsuppgifterna vid kansliets ekonomiavdelning har ökat mycket kraftigt under senaste året . . . har några omfattande utredningar för upprättande av en prognos för den framtida utvecklingen på driftkostnadssidan inte hunnits med.”

Fram till och med 1967 har 17 landsting utarbetat sjukvårdsplaner av mycket varierande omfattning där man skisserat den framtida utvecklingen inom hälso- och sjukvården. I några fall är dessa utredningar relativt omfattande och rentav försedda med beräkningar över väntade driftkostnader. I andra fall är de mycket

blygsamma både beträffande omfattning och ambitionsnivå.

Hur har man gått tillväga, när man har arbetat fram flerårsbedömningarna? Några av de viktigare faktorerna skall behandlas i det följande.

Befolkningsutvecklingen

Ett förhållandevis stort utrymme ägnas över lag i flerårsbedömningarna åt uppskattningar av folkmängdens förändringar. Man studerar inflyttning och utflyttning, siffror för födda och döda och kommer fram till nettoförändringar, i bästa fall uppdelade på olika åldersgrupper.

Underlag för uppskattningarna är exempelvis arbetsmarknadsstyrelsens och statistiska centralbyråns befolkningsprognoser, tendenser från folkräkningarna, länsutredningarna, regionsjukvårdens samt professor Sven Godlunds och laborator Odd Gulbrandsens prognoser. I vissa fall kan skillnaderna i de befolkningsprognoser som använts vara bortåt 10 procent. Man är genomgående optimistisk i valet av befolkningsprognos. Det gäller särskilt områden med vikande befolkningsutveckling.

I några av långtidsprognoserna finns försök att bedöma näringslivets utveckling och den väntade bostadsproduktionen, men de är på det hela taget fåtaliga.

Patienter

En utgångspunkt för bedömningarna av vårdplatsbehovet är regionsjukvårdsbetänkandets ”bäddkvoter”.¹ De anger hur många vårdplatser som bör finnas per 1 000 invånare. Listan för ”läns-specialiteter” har bl.a. följande tal.

TABELL 5:2. *Vårdplatser per 1 000 invånare för länspecialiteter.*

Allmän kirurgi	1,3—1,4
Invärtes medicin	1,4—1,5
Gynekologi	0,3—0,4

¹ SOU 1958: 26.

Obstetrik	0,5
Öron-, näs-, halssjukdomar	0,15—0,19
Ögonsjukdomar	0,12
Barnmedicin	0,3
Ortopedi	0,3—0,4
Lungsjukdomar	0,4
Infektionssjukdomar	0,3
Psykiatriska lasarettssavd.	0,3

I vissa landsting har man högre vårdplatsantal än bäddkvoterna anger, ibland t.o.m. så mycket som 60 procent högre.

Hur har relationstalen beräknats? De arbetades fram för 15—20 år sedan. Då utgick man från tillgången på vårdplatser inom sådana områden där behovet av vård ansågs vara väl tillgodosett. Det är således en uppskattning som grundas på "allmän erfarenhet".

Inom flera landsting har man företagit patientinventeringar som underlag för planering. Man har räknat ut hur många patienter som låg inne för vård en viss dag. Vanligen valdes veckodagar och månader då vårdplatserna enligt tidigare statistik hade visat sig vara hårt utnyttjade. Genom inventeringarna vill man veta i vilka vårdformer läkarna anser att patienterna egentligen borde vårdas. Bedömningen är rent medicinsk. Man utgår från förutsättningen att det finns obegränsad tillgång på platser inom alla slutna och öppna vårdformer. Justeringar görs för patienter som remitterats till andra sjukhus, för eventuella väntelistor, för reservplatser osv.

Investeringar

De landsting som har utarbetat långsiktsplaner har genomgående låtit dem omfatta investeringar i byggnader. Vanligen är det en femårsperiod som täcks. Endast i två fall gäller planerna längre tidsperioder. De beslutade och planerade nybyggnadernas kostnader förefaller att överlag ha beräknats schablonmässigt per vårdplats eller per kubikinnehåll.

På en del håll går man i handlingarna in på ett försvar för ut-

byggnadsambitionerna. Man pekar på det starka trycket från akut-sjukvården och långtidssjukvården. De byggnadsrestriktioner som rådde fram till 1957 tas som intäkt för nuvarande utbyggnadsbehov. ”Vi är nu till stor del ställda i den situationen, att vi måste återhämta den eftersläpning i utbyggnaden, som uppstod under efterkrigsåren”, menar man.

Personalens storlek

Ett försök att uppskatta personalens storlek under en flerårsperiod har bara påträffats inom ett landsting. Det är ganska förvånande med tanke på att personal är en så dominerande kostnadspost. Anledningen kan vara att landstingsledningen inte vill sätta på pränt något som kan uppfattas som ett halvt löfte till sjukhusen för kommande år.

Övriga driftkostnader

Uppskattningarna av driftkostnadernas ökning under femårsperioden varierar från fem till 22 procent årlig ökning i löpande priser. I dessa ökningarna ingår personalkostnaderna som en viktig faktor. I flera landsting har driftkostnaderna uppdelats i olika kostnadsposter. Ett landsting med betydande folkökning räknar med 17 procent ökning av lönekostnaderna, 16 procent ökning av övriga driftkostnader och 17—19 procent ökning av pensionskostnaderna. Ett annat landsting med minskande befolkningsunderlag har i sin tur räknat med 15 procent generell driftkostnadsökning per år. Man finner sällan en kvalificerad diskussion om inflations- och produktivetsproblem i flerårsplanerna.

Skatteunderlag

De ökningarna i skatteunderlagets tillväxt som väntas under femårsperioden varierar från åtta till 12 procent per år. Inom ett landsting har man inte försökt sig på någon beräkning utan säger i stället förhoppningsfullt att det statliga skatteutjämningsbidraget ”garan-

terar att landstingen får skattekraft per invånare efter medelskattekraften i hela riket". De statliga skatteutjämningsbidragen till landstingen har ökat. För 1967 uppgår de till ca 450 milj. kr.

Fondering, lån

Hur resonerar man i landstingen i fråga om valet mellan olika finansieringsalternativ? På det hela taget skattefinansieras en rätt stor del av investeringarna. Av ca 2,8 miljarder i investeringar 1955—64 lånefinansierades endast ca 18 procent. Åtta landsting tog över huvud taget inte upp några lån under perioden.

Resonemangen bakom valet av finansieringsalternativ kommer sällan till uttryck i landstingstrycket. I en av flerårsplanerna möter man följande diskussion: "Många eftersatta områden föreligger, och de framtida generationerna kan därför få nog att bära. Från både expanderande och tillbakagående kommuners sida brukar anföras att stora besparingar i räntekostnader kan göras, om man skattefinansierar så långt som det är möjligt." Man nämner också som ett motiv möjligheten att göra kommunen oberoende av läget på lånemarknaden.

När lån tas upp, ligger som grund en önskan att hålla en jämn utdebitering. Härtill bidrar också de fonder som finns och som i vissa landsting uppgått till förhållandevis stora belopp.

Utdebitering

Man tycks genomgående tro, att utvecklingen av driftkostnaderna inte betyder några större höjningar av utdebiteringen i framtiden. Det är först när man diskuterar att eventuellt totalfinansiera planerade investeringar genom skatt som skattehöjningar på uppåt 30 procent omnämns.

Vad händer med långsiktsplanerna?

Besluten angående långsiktsplanerna innebär över lag, att de läggs till handlingarna för beaktande av berörda organ. Någon egentlig

styrning med hjälp av planerna är det inte fråga om annat än be-
träffande investeringar i byggnader.

Tillfredsställelsen med budgetsystemet

Inledningsvis har helt allmänt frågan ställts, om de intervjuade personerna är tillfredsställda med budgetens nuvarande utformning. Det har särskilt betonats att frågan inte gäller beloppen som sådana.

TABELL 5:3. *Tillfredsställelsen med nuvarande budgetsystem inom landstingen, procentuell svarsfördelning.*

	Över- läkare N = 30	Sjukhusadmi- nistratörer N = 27	Landstings- direktörer N = 26	FU-ord- förande N = 25
Ja, helt och hållet	20	11	23	12
Ja, i stort sett	33	30	46	64
Nej, inte helt	10	22	23	20
Nej, inte alls	3	37	8	4
Inget svar	33	0	0	0

Jämför man ovanstående tabell med tabell 5:1 (sid. 100) spårar man en viss inkonsistens, som dock inte närmare analyseras.

Flera bland sjukhusadministratörerna säger att de inte alls är tillfredsställda med budgetens utformning. De är också som grupp den bland de intervjuade som har mest att göra med budgeten i sitt dagliga arbete.

Vad är man otillfredsställd med? En sjukhusadministratör säger att han önskade pröva olika alternativ för personalorganisationen på ett mera rörligt sätt än i dag. Nu inrättas tjänsterna utan att man hinner pröva det berättigade i klinikchefernas äskande. Administrationen utsätts för påtryckningar från sköterskor och läkare om en befattning har inrättats men av någon anledning inte besatts. Har en tjänst väl besatts, är det praktiskt taget omöjligt att dra in den.

En vanlig kritik från sjukhusadministratörerna är att budgeten är alltför specificerad. En sjukhusadministratör tog lönekontot som exempel. Formellt har han skyldighet att gå till landstinget och begära pengar, om han vill ha extra personal, t.ex. läkarsekreterare för 14 dagar. I själva verket gör han det inte. Han menar att budgetsystemet även formellt borde ge honom tillåtelse till sådana dispositioner. Flera administratörer menar att man skulle kunna hushålla vettigare, om man inte på förhand var bunden till vissa kostnadslag som fallet är i dag.

En administratör med erfarenhet från näringslivet säger att det skulle vara intressant att få arbeta "på företagsekonomiskt vis" med den omslutningssiffra på 40 miljoner som han har i budgeten i dag. Han säger sig vara fullt medveten om att det skulle leda till kamp mellan avdelningscheferna. "Då blev det mycket svårare men mera stimulerande att vara sjukhuschef", tror han.

Inte mindre än tio överläkare har avstått från att ta ställning till frågan. En av dem anför som motiv att begreppen är främmande för honom. "Jag har inte ett skvatt med det ekonomiska att göra", säger han. Men det finns också överläkare som är starkt engagerade i frågan. En som säger sig vara starkt otillfredsställd ger som motiv att varje ansats att bedöma prestationerna saknas i budgetsammanhagen. Flertalet av de intervjuade överläkarna menar att det aldrig har varit minsta trassel med budgeten. Men några läkare beklagar, att huvudmannen ofta är mera intresserad av kvantitet än kvalitet när det gäller personalen.

De gränser som finns mellan klinikerna fastslås genom budgeten. Personalstaterna bestäms för varje klinik för sig. Några överläkare anser detta system vara otillfredsställande. De menar att man i stället bör se lasarettet som en helhet. Klinikgränserna bör luckras upp. Som exempel på olämpliga gränser nämns det personalkrävande systemet med särskilda operationsavdelningar för kirurgi, kvinnoklinik, öron osv. i stället för central operation. När man gått över till samarbete genom att utnyttja kirurgens operationsavdelning om nätterna, vilket förekommer vid några sjukhus, har man sparat in arbetskraft.

En landstingsdirektör säger att man inte får tillmäta budget-

systemet särskilt stor betydelse. ”Budgeten är ett underlag för utdebitering, men den får inte vara ett rättesnöre som man ängsligt tittar på. Vi kan inte se på budgeten när det gäller att rädda människoliv. Om jag själv låg på operationsbordet, vore jag inte glad om man sa, att nu har vi inte anslag till mera blod. Det är klart att användningen av blod, blodplasma och mediciner varierar mycket från en läkare till en annan. Om man säger det till dem, svarar de: ’Menar Ni att Ni som administratörer skall gå ut och ordinera?’ Saker och ting bör givetvis inte kosta mer än som är rimligt. Men problemet för oss är att vi inte vet om det är den billigare eller den dyrare läkaren som gör mest nytta.”

6 Budgetarbetet vid storstädernas och statens sjukhus

Skiljer sig de landstingsfria städernas och statens arbete med sjukhusbudgeten från landstingens? För att få likheter och olikheter klarlagda har också befattningshavare inom de landstingsfria städerna och statsförvaltningen intervjuats.

Urvalet av intervjuade personer

Liksom inom landstingen har personer inom fyra befattningskategorier intervjuats. Av 15 överläkare utanför landstingen kommer sju från statens och åtta från de landstingsfria städernas sjukhus. Sex av dem är medicinare, tre är kirurger, tre psykiater och tre överläkare vid specialkliniker. Några större svårigheter att få tid för intervjuer mötte bara i ett fall. Där blev det ingen intervju trots fem brev och ett 40-tal telefonsamtal till överläkarens sekreterare.

12 sjukhusadministratörer utanför landstingen har intervjuats, därav fyra vid statliga sjukhus. De största storstadssjukhusen och fyra statliga sjukhus är representerade. Bland de sistnämnda ingår två stora mentalsjukhus, vilka vid tiden för intervjuerna, 1966, var statliga.

De ledande tjänstemännen utgörs av drätseldirektörer, budgetchefer eller befattningshavare med motsvarande arbetsuppgifter. Två av de åtta kommer från statsförvaltningen.

Gruppen av tio ledande politiker består av stadsfullmäktiges ordförande, drätselkammarordförande och motsvarande samt statsutskottets ordförande.

Medan landstingens budget fastställs vid landstingsmötet i början av oktober, beslutar stadsfullmäktige definitivt om storstädernas

nas budget först i december. Äskandena från sjukhusen inforas inom de största städerna flera månader tidigare än inom landstingen. Det betyder att den centrala ledningen i storstäderna har längre tid på sig för sin budgetbehandling än landstingen har.

Göteborgs rambudget

Låt oss ta Göteborgs stad som exempel på budgetbehandlingen i en storstad. I september 1966 sände sjukvårdsstyrelsen direktiv till sjukhusen inför arbetet med 1968 års budget. Överläkare och avdelningschefer äskade före oktober månads utgång, och därefter skedde sjukhusledningens bearbetning. Material som skulle utgöra underlag för personalbudgeten inforades till sjukvårdsstyrelsen före 15 december 1966. Äskandena kunde vara preliminära. De skulle ge en bild av framträdande utvecklingstendenser. Man tog hänsyn dels till automatiska kostnadsökningar, dels till kostnadsändringar som berodde på ändringar i verksamhetens omfattning eller inriktning. Sammanställningen av utvecklingstendenserna och den grova beräkningen av kostnaderna bildade underlag på efterfrågesidan för den s.k. rambudgetdiskussionen. Denna ägde rum i stadskollegiet i februari—mars 1967. Stadskollegiet hade i sin tur gjort en uppskattning av tillgången på resurser vid given skattesats som utgångspunkt för rekommendationer om de ramar inom vilka kostnaderna borde hållas.

De definitiva äskandena för sjukhusens drift och för kapitalinvesteringar skulle vara inlämnade till sjukvårdsstyrelsen före 1 februari 1967. I mars informerade stadskollegiet inofficiellt sjukvårdsstyrelsen om den ram inom vilken det ansågs önskvärt att budgeten hölls. Men det är tydligt att ramen kommer ett halvt år för sent för att ha någon som helst möjlighet att påverka äskarna.

Sjukvårdsstyrelsens granskning skedde med hjälp av vad någon kallar "auktoriserade tyckare". Det är personer som har till uppgift att undersöka vilka möjligheter det finns att gallra bland önskemålen. Sjukhusets administration och representanter för sjukvårdsstyrelsen företog sedan tillsammans en genomgång, klinik för

linik, av äskandena. För det största sjukhuset i Göteborg, Sahlgrenska, sägs genomgången ha tagit en vecka. Man gjorde därvid inte någon medicinsk utan endast en administrativ och ekonomisk granskning.

I juni behandlade sjukvårdsstyrelsen budgetförslaget som i juli gick till stadskollegiet. Först granskades det av kollegiets budgettjänstemän, vilka upprättade en granskningspromemoria. Utgångspunkt var föregående års budget och den budgettram som uppställdes av stadskollegiet i mars. Man undersökte i vilken mån eventuella differenser kunde förklaras av förändringar i löne- och kostnadsläge. Där oklarheter förelåg kontaktades sjukvårdsstyrelsen. De föreslagna ramarna för sjukvården har hittills inte hållit.

Från slutet av september till slutet av oktober penetrerades budgeten av stadskollegiets budgetdelegation. Kollegiet lämnade förslag till stadsfullmäktige, som i december 1967 fastställde budgeten för år 1968.

I samband med att stadskollegiet gör upp budgetramen för nästa budgetår sker en uppskattning av de väntade kostnaderna för ytterligare fyra år. I det årliga budgetarbetet görs dock inte någon avstämning mot denna långsiktplan. Den används inte heller för att styra äskandena inom sjukhuset.

Det finns en del mindre olikheter mellan Göteborg, Stockholm och Malmö som gäller tidpunkten för budgetbehandlings olika led. Men man kan inte tala om några mera betydande eller principiella skillnader. Begreppet rambudget används bara i Göteborg. Tanken bakom begreppet är att en beräkning av resursernas storlek skall styra utgifterna och stimulera till hushållning. Det är således samma tankegång som ligger bakom break-down-budgeten. Men Göteborgs rambudget fungerar inte som en sådan. Det finns flera orsaker till att man inte lyckats härmed. Förvaltningarna tycks inte alltid ha den av finansledningen önskade, positiva inställningen till idén som sådan. Förvaltningschefernas ambition att hävda sina krav gentemot andras innebär en press uppåt på kostnaderna. Men framför allt är väl orsaken att förvaltningarna får information om ramarnas storlek först när de lokala nivåerna redan har äskat. En av de mest elementära förutsättningarna för

styrning har således inte varit uppfylld. Vet man inte hur stor ramen är kan man omöjligtvis påverkas av den. — Göteborgs rambudget är inte heller någon klumpbudget. Den binder de lokala enheterna till budgetens specifikationer ungefär på samma sätt som budgeten gör i de andra storstäderna.

Något som skiljer Göteborgs budgetarbete från Stockholms är att stadskollegiet inkopplas två gånger i Göteborg men endast en i Stockholm. I Göteborg sker det dels i mars för att ange hur stor sjukvårdsförvaltningens budget bör vara, dels i september—oktober för granskning och försök till nedprutning. I Stockholm är stadskollegiet engagerat endast vid den senare tidpunkten.

I alla tre storstäderna görs försök till förutberäkning av kostnaderna under ytterligare en fyraårsperiod. En mer eller mindre klart uttalad förutsättning för denna är att ambitionsnivån skall vara oförändrad. I Stockholm och Malmö uppgör sjukvårdsförvaltningen själv beräkningen, medan finansförvaltningen i Göteborg gör den centralt. Denna förutberäkning är dock inte på något sätt bindande.

Man får inte intrycket att några mera avancerade metoder kommit till användning vid flerårsberäkningarna. I Göteborgs "Förslag till rambudget för åren 1967—71" finner man en ökning med jämna tio procent i de beräknade nettobeloppen från ett år till nästa. Nettoutgifterna för hälso- och sjukvården enligt 1968 års budget ligger drygt 13 procent över det nämnda rambudgetförslaget.

Önskemålet att få en bättre bild av framtiden har tagit sig uttryck i att sjukvårdsstyrelsen i Göteborg räknat fram exempelvis vilka belopp som skulle krävas, om nettoutgifterna för hälso- och sjukvård steg med åtta eller tolv procent per invånare och år fram till 1980. Åren 1962—67 var den årliga kostnadsökningen per invånare i genomsnitt 13 procent. Man tänker sig således här en något långsammare kostnadsutveckling för framtiden. I beräkningarna har man antagit, att skatteunderlaget skulle öka med fem, alternativt åtta procent per invånare. Man har också försökt att få en bild av hur stort belopp per 15—64-åring som skulle krävas i skatt vid en sådan kostnadsutveckling. I "Sjukvårdsplan

för Göteborg” har sjukvårdsstyrelsen presenterat en lödig och generös sammanställning av önskemål om resurser etc. Men någon egentlig plan är det inte fråga om. Materialet är nämligen alltför vagt i konturerna och delarna alltför olikartade.

Stockholms budgetanslag

Antag, att en förvaltning under ett år har skaffat sig tillgångar som enligt planerna skulle ha tillförts kommunen först ett följande år. Orsaken kan vara odramatisk. Byggnadsverksamheten har kanske fortskridit snabbare än beräknat, och grundförhållandena vid ett bygge kan ha varit bättre än beräknat. Vintern har kanske varit särskilt mild, vilket betytt att arbetet på ett nybygge har kunnat fortgå obehindrat. Ett fastighetsköp kan ha varit möjligt att slutföra tidigare än beräknat. Hur får man de ekonomiska planerna att gå ihop, när så många slag av osäkerhet gör sig gällande?

Vi skall studera tillvägagångssättet inom Stockholms stad som ett exempel. Kapitalbudgeten för staden har som utgångspunkt femåriga investeringsprognoser. De görs upp av de olika förvaltningarna varje år. Därefter är de föremål för förhandlingar mellan fackborgarråden och finansledningen. Resultatet blir en investeringsplan för fem år. Planen för det närmast framförliggande året bildar den investeringsstat som stadsfullmäktige fastställer. Medlen för denna investeringsstat ställs till förfogande i en centralt redovisad, särskild investeringsfond. Stadskollegiet fastställer investeringsplanen. Denna skall utgöra huvudsaklig grund för investeringsverksamheten under den därpå följande fyraårsperioden.

Det finns en viss dispositionsrätt med avseende på investeringarna för varje förvaltning. Men hur långt går den rätten? Var går gränsen för vad som anses vara en godtagbar omfördelning och vad som drätselnämnden eller rentav stadsfullmäktige skall besluta om? Så länge investeringsutgifterna ryms inom en förvaltnings investeringsanslag krävs inte några särskilda medgivanden från centralt håll. Man räknar med att tidigareläggning av vissa projekt i praktiken motsvaras av förseningar på andra håll. Men

går man över ramen, får man vända sig till drätselnämnden för godkännande. ”En så vid ram som tio procent överskridande kan jag inte tänka mig att tolerera”, säger en ledande budgetman i staden. Under den senaste åttaårsperioden har överskridandena på kapitalbudgeten som helhet i genomsnitt uppgått till 1,8 procent. På enskilda områden har dock överskridanden om upp till 100 procent förekommit.

De svårigheter som ofta har uppträtt på lånemarknaden under senare år ligger bakom en förändring som 1966 infördes i Stockholms stads budget. Då inarbetades investeringsstaten i budgeten på så sätt att stadsfullmäktige samtidigt får bedöma både investerings- och driftutgifterna för det närmast framförliggande året. Tidigare beslöt stadskollegiet i varje enskilt fall hur mycket av reservationsanslagen för investeringar som skulle få tas i anspråk ett visst år. Det kan nämnas, att stadsfullmäktige tidigare vanligen anvisade anslagen i sin helhet för investeringsprojekten. Men ett projekt kan sträcka sig över många år. Följden blev, att förvaltningarna hade mycket stora disponibla anvisningar. Från den centrala finansledningens synpunkt betydde metoden vissa svårigheter. Det nya förfaringssättet har betytt bättre överblick, anser man.

Anslagsformer

Man använder sig av fyra olika anslagstyper i Stockholms stads budget, nämligen *fasta anslag* som inte får överskridas utan att särskilt medgivande har inhämtats på förhand, *rörliga anslag* som får överskridas när så krävs på grund av allmänna författningar eller ingångna avtal, *förslagsanslag* som får överskridas när vederbörande nämnd anser det vara oundgängligen nödvändigt samt slutligen *reservationsanslag* som inte får överskridas utan att särskilt medgivande har inhämtats på förhand men där behållningar som har uppkommit får reserveras till följande år för det ändamål som anslaget avser.

Den största delen av *driftbudgeten* består av fasta anslag. Förslagsanslag är den anslagsform som används för läkemedel, för-

brukningsartiklar och kosthåll för sjukhusen. På *kapitalbudgeten* är reservationsanslagen vanligast.

Formellt kontra informellt

I de formella budgetbestämmelserna för Stockholms stad sägs att om ett fast anslag eller ett reservationsanslag förmodas bli otillräckligt, skall begäran om tilläggsanslag omedelbart inges till drätselnämnden. Om ett förslagsanslag har överskridits, skall drätselnämnden informeras härom. Om drätselnämnden finner, att överskridanden har skett utan medgivande, skall drätselnämnden underrätta vederbörande nämnd och inhämta förklaring. Varje månad skall stadens nämnder rapportera sina utgifter och inkomster till drätselnämnden. När året är slut, skall varje nämnd lämna redogörelse till drätselnämnden över mera betydande avvikelser från budgeten och orsakerna härtill såväl beträffande utgifter som inkomster.

I realiteten går det inte riktigt så formellt till. Bokföringen för stadens förvaltningar sker med hjälp av en central dataanläggning. Drätselnämndens verkställande organ, kammarkontoret, förser de olika förvaltningarna med månadsrapporter över budgetutfallet. Några särskilda påpekanden om anslagsöverskridanden görs inte. Den egentliga, löpande budgetkontrollen får bli en uppgift för respektive förvaltning själv.

När året är slut, uppgör kammarkontoret bokslut för en rad förvaltningar, bl.a. för sjukvårdsstyrelsen. Boksluten framläggs drygt fem månader efter budgetårets slut. En budgetredogörelse med kommentarer till budgetutfallet framläggs i september. I kommentarerna belyses vad man anser huvudorsakerna vara till de större budgetavvikelserna. Uppgifter om orsakerna har man fått från förvaltningarna. Något eget, sakligt ställningstagande angående orsakerna till avvikelserna gör inte kammarkontoret.

I Stockholm, Göteborg och Malmö läggs sjukhusens budget och redovisning om så att den får en närmare anknytning till olika kostnadsställe. I Stockholm har två sjukhus dessutom från 1965 sina prestationsenheter angivna i budgeten. Som enheter används

antalet patienter, antalet vård dagar och antalet besök vid poliklinikerna. På vilket sätt används prestationerna vid budgetkontrollen? Ett svar får man vid granskning av redogörelsen för Stockholms stads huvudbokslut för år 1966. Sjukhusen visar tillsammans ett budgetöverskridande på drygt 31 milj. kr. Om S:t Görans sjukhus sägs det exempelvis, att hudkliniken och psykiatriska kliniken har procentuellt sett stora överskridanden. Man fortsätter: "Hudkliniken redovisar samtidigt väsentligt lägre antal prestationer än beräknat, varför en bidragande orsak synes vara att kostnadsbelastningen icke har nedgått i proportion till minskad verksamhet i jämförelse med den budgeterade... För psykiatriska kliniken motsvarar antalet vård dagar det beräknade, men antalet intagna patienter har ökat med över 16 procent, vilket synes vara en bidragande orsak till den förhöjda vård dagkostnaden." Man säger vidare: "Av poliklinikerna vid sjukhuset redovisar den plastikkirurgiska kraftigt överskridande av den budgeterade kostnaden per besök eller med 77 procent. Kostnadsökning totalt för polikliniken i förening med väsentligt lägre antal besök än beräknat konstituerar kostnadsökningen per besök."

Revisionen

Bokslutet för varje förvaltning genomgås av stadskansliets finansavdelning. Denna lämnar förhållandena utan erinran, eller också gör man ett särskilt uttalande.

Stockholms stads revisorer består dels av en grupp förtroendemän som utsetts på politisk väg, dels av tjänstemän. Den revisionsberättelse som avges bygger i viss mån på finansavdelningens tjänsteutlåtande. Revisionens uppgift får i första hand betraktas som ett förebyggande arbete. Ibland nöjer man sig med informella påpekanden eller diskussioner med vederbörande förvaltning. I andra fall tar invändningarna formen av "erinringar" och "anmärkningar".

Det är stadsfullmäktige som slutligen tar ställning till revisorerens berättelse. Hårda debatter med anledning av budgetavvikelser sägs vara mycket sällsynta.

Budgetarbetet för statens sjukhus

För att illustrera budgetarbetet inom de allt färre statliga sjukhusen väljs Karolinska sjukhuset i Stockholm. Det är ett av landets större sjukhus med utbildning av läkare. Vissa påfallande skillnader från vad vi har funnit beträffande kommunernas budgetarbete kan här konstateras.

Karolinska sjukhuset

I det brev som sjukhusledningen i oktober 1966 har sänt till överläkare, avdelnings- och sektionschefer inför framställningarna för budgetåret 1968—69 sägs först att äskandena bör diskuteras inom vederbörande samrådsnämnd. Samrådsnämnden är en decentraliserad företagsnämnd som finns för varje klinik. Något motsvarande har inom kommunerna bara inrättats på lokala initiativ inom enstaka kliniker.

I brevet från sjukhusledningen hänvisas också till det ansträngda ekonomiska läget. Detta tas som motiv för en maning till stark återhållsamhet. Man understryker, att verksamheten vid sjukhuset måste bedrivas inom ramen för de anslag och den personalstat som statsmakterna fastställer. Takten i anslags- och personalökningar kommer att bli väsentligt lägre än tidigare, säger man och poängterar att alla möjligheter att begränsa behovet av nya tjänster nog måste övervägas. Cheferna i fråga uppmanas betänka om aktualiserade utbyggnader av verksamhetsgrenar kan uppskjutas, fördelas på flera budgetår eller uppvägas av minskad verksamhet inom andra områden med lägre angelägenhetsgrad. Kan ökad verksamhet nås utan ökad arbetskraftsinsats genom olika rationaliseringsåtgärder? Kan omfördelning göras av befintliga tjänster eller av arbetsuppgifterna mellan olika befattningshavare? Framställningar om ytterligare personal skall bestyrkas med siffror, diagram och konkreta uppgifter om dels inträffad eller beräknad ökning i arbetsbelastningar, dels orsakerna därtill.

Sådana uppmaningar till återhållsamhet förekommer inte inom kommunerna. I ett par fall gjorde sjukhusadministrationen gällan-

de att påpekanden hade gjorts inför 1967 års budgetarbete, men de hade tydligt framställts muntligen. Det är dock inte givet att äskarna betar sig annorlunda, om de ombeds att inlämna "önskemål" än om de anmodas att avge "noggrant övervägda anslagsframställningar". Det kärvare skrivsättet i förening med erfarenhet av tidigare prutning kan resultera i mer taktik- och strategitänkande, när äskandena görs upp. I några intervjuer med överläkare inom landstingen märker man ändå en reaktion mot att "önsketänkandet" florerar så fritt i budgetsammanhang. Detta framkommer inte minst, när det talas om "mindre ekonomiskt ansvarskännande kollegers julkappslistor".

Sjukhusledningen vid Karolinska sjukhuset sänder brevet med anvisningarna för budgetåret 1968—69 till läkarna i februari 1967, alltså ca 17 månader innan budgetåret börjar. Framställningarna om anslag skall vara inlämnade i slutet av mars 1967. Det betyder att överläkare och andra avdelningschefer vid statliga sjukhus får vänta längre än kollegerna inom kommunerna på att få äskandena tillgodosedda. Prutningar synes också vara en vanligare företeelse inom statsförvaltningen än inom kommunerna.

Efter sjukhusledningens och direktionens behandling går äskandena senast den 1 september till Kungl. Maj:t. Finansdepartementet har dessförinnan, nämligen under april månad 1967, sänt anvisningar till sjukhuset. Dessa anvisningar gäller myndigheternas anslagsframställningar inför budgetåret 1968—69. Där lämnas också en kort redogörelse för budgetläget i stort. Genomförandet av den långsiktiga resursavvägningen sägs således ställa krav på en stark finanspolitik under de närmaste åren. Som ett nödvändigt inslag i en sådan politik anges en begränsning av utgiftsexpansionen. Anslagskraven skall begränsas till de finansiella och personella resurser som erfordras för att totalt sett upprätthålla oförändrad ambitionsnivå. Hänvisningar görs också till den långsiktiga budget som finansdepartementet har gjort upp. Man observerar också, att varje myndighet skall redovisa en långsichtsbedömning för fem år som ett bihang till sin anslagsframställning. Anmärkningsvärt nog når anvisningarna sjukhusen så sent att överläkarnas äskanden redan är uppgjorda. Sjukhusledningen får således i sitt

brev hänvisa till föregående års anvisningar, vilka inte nödvändigtvis är helt adekvata det följande året.

Anslagsframställningarna sänds i september på remiss från socialdepartementet till olika organ. Statskontoret tas i anspråk för utredningar i omorganisationsfrågor. Socialstyrelsen uttalar sig angående läkartjänster. Universitetskanslerämbetet yttrar sig över frågor som berör undervisningen. Också andra organ, t.ex. arbetsmarknadsstyrelsen, används som remissorgan för budgeten.

I oktober återkommer äskandena från remissorganen. Då börjar socialdepartementets egen prövning. I denna engageras budgetsekreterare och departementsråd samt för större och mera principiella frågor även statssekreterare och departementschef.

Under november och december skrivs statsverkspropositionen. När korrektur för propositionen är disponibelt, äger en gemensam beredning rum med representanter för finans-, civil- och eklestiasistikdepartementen. Finansdepartementet anger vilka belopp som ser ut att kunna beviljas och civildepartementet har hand om kontrollen av tjänsternas lönemässiga placering. Eventuella justeringar görs, och ett nytt korrektur går för granskning till de tre departementen.

För den konselj som äger rum kring årsskiftet 1967—68 skrivs en kort översikt över ärendet. I januari presenteras budgetpropositionen för riksdagen, och sedan granskas den av riksdagens statsutskott. Därvid sker i allmänhet inga större förändringar. En departementssekreterare, vilken utlånas som utskottssekreterare, föredrar ärendet för utskottsledamöterna. Han skaffar också de kompletterande uppgifter som kan krävas och skriver det utlåtande som utskottet sedan beslutar om. Riksdagen behandlar slutligen ärendet in pleno. Det händer att poster tillkommer men praktiskt taget aldrig att något prutas av vid riksdagsbehandlingen.

Budgetavvikelser

När man vill studera statliga budgetavvikelser får man skilja mellan å ena sidan relationen *riksdagen* — *Kungl. Maj:t* och å andra sidan relationen *Kungl. Maj:t* — *statsmyndigheterna*.

Beträffande Kungl. Maj:ts rätt att avvika från den budget som riksdagen fastslagit skiljer man i driftbudgeten mellan tre anslagsformer. De kallas förslagsanslag, obetecknade anslag och reservationsanslag.

Förslagsanslagen får Kungl. Maj:t överskrida, om det visar sig erforderligt. Man använder denna anslagsform, när kostnaderna bara kan anges uppskattningsvis. Förslagsanslagens bemyndiganden kan regleras genom att riksdagen knyter särskilda villkor eller bestämmelser till förslagsanslagen. Det är vanligen också fallet. Man kan då tala om en *sakmässig* i stället för en *siffermässig* begränsning. Anslagsformen förslagsanslag används vid avlönings- och omkostnadsanslag. För budgetåret 1966—67 anvisades ungefär tre fjärdedelar av driftbudgetens egentliga statsutgifter som förslagsanslag. Samtidigt gavs endast ett par procent av driftbudgetens belopp som *obetecknade anslag*. Dessa kan inte överskridas och får disponeras endast under det budgetår för vilket de anvisas.

Reservationsanslagen svarade för återstoden, ca 22 procent av anslagsbeloppen. De anvisas för medelsbehov som man inte väntas kunna tillgodose under ett budgetår. Riksdagen bemyndigar genom reservationsanslagen Kungl. Maj:t att reservera och till efterföljande budgetårs räkenskaper överföra behållningen på dessa anslag. Anslaget kan disponeras t.o.m. tredje budgetåret efter det, då nytt anslag senast anvisades, eller längre efter riksdagens medgivande. Beloppen får inte överskridas, men riksdagen kan bevilja särskilda tilläggsanslag.

Kapitalbudgetens anslag behandlas i princip som reservationsanslag. Men denna beteckning används inte för de s.k. investeringsanslagen på kapitalbudgeten. De saknar formell anslagsbeteckning. Anledningen till att man inte kallar dem reservationsanslag är att man här inte reserverar utan anskaffar medel, exempelvis genom upplåning, efter hand som investeringarna fortgår.

Om en utgift skulle stå i strid med de regler som är givna för riksstaten, kan en fordran uppstå mot den som är ansvarig för att utgiften blivit verkställd.¹ Det är riksrevisionsverket och i viss mån

¹ SOU 1952: 45, sid. 12.

riksdagens revisorer som svarar för riksdagens budgetkontroll gentemot Kungl. Maj:t.

Det bör observeras att när riksdagen beslutar att fastställa riksstaten, innebär det att Kungl. Maj:t och inte de statliga myndigheterna får medgivande att disponera medlen. Det är endast med stöd av Kungl. Maj:ts beslut som en myndighet kan verkställa utbetalning av medel.

Det är genom Kungl. Maj:ts *regleringsbrev* som medel ställs till förfogande för de enskilda myndigheterna. Därvid kan särskilda föreskrifter utfärdas som säger hur medlen får användas. I den *statsliggare* som riksrevisionsverket utfärdar finns hänvisningar till och referat av bestämmelser som reglerar myndigheternas disposition av anslag. Det är särskilt avlönings- och omkostnadsanslagens användning som regleras av Kungl. Maj:t. För avlöningsanslagen gäller särskilda personalförteckningar och avlöningsstater. För omkostnadsanslagen fastställs specificerade omkostnadsstater.

Det är inte ovanligt att vissa av omkostnadsstatens poster och delposter anges som maximibelopp i regleringsbrevet, trots att anslagen i riksstaten angetts som förslagsanslag. Det förekommer också att regleringsbrevets text innehåller en anteckning om att vissa belopp är högsta kostnadsgräns eller att andra poster "icke må överskridas utan Kungl. Maj:ts medgivande", trots att posterna i omkostnadsstaten betecknats "förslagsvis". I andra fall ger man begränsningar som gäller i relation till verksamhetens inkomster eller omfattning, t.ex. antalet elever. Man måste vara "insider" för att veta, att beteckningen "får ej överskridas" är något mildare än beteckningen "högst".

Sammanfattning av budgetpraxis

Den genomgång av budgetarbetet som gjorts i detta och närmast föregående kapitel visar följande praxis i fråga om de olika budgetdimensionerna, vilka presenterades i kapitel 3.

Beträffande *budgetens specificeringstyp* är kostnadslagsbudget vanligast. Den kompletteras ofta med befattningsförteckningar för

de olika klinikerna och även specifikation klinikvis över större nyanskaffningar. Den får därigenom vissa drag av kostnadsställebudget. Inom storstäderna har vissa försök gjorts att införa kostnadsställebudget och även att ange prestationsenheter för olika kliniker i budgeten.

När det gäller *budgetens befogenhetsaspekt* tillämpas formellt detaljbudget. Praxis inom kommunerna visar dock att den i realiteten snarare fungerar som en klumbudget med undantag för fasta tjänster och större nyanskaffningar.

I fråga om *budgetens omfattning* tillämpas bruttobudget med ett betydelsefullt undantag, nämligen i fråga om läkarnas öppna mottagningar. Enstaka sjukhus, som har uppnått vissa överenskommelser med läkarna om speciella ersättningsregler, utgör undantag.

Budgetens tidshorisont är genomgående ettårig. Staten samt Stockholm och Malmö har gjort vissa försök att stimulera till lokal planering på fem års sikt.

Beträffande *budgetens periodiseringsaspekt* har budgetpraxis närmast karaktären av kassabudget. Ambitionen har dock på flera håll varit att på ett bättre sätt än tidigare ge en bild av kostnaderna och inte endast av utbetalningarna i budgeten.

Vad *budgeteringens startpunkt* beträffar är begreppet build-up-budget över lag tillämpligt. Det gäller även om prutningar sker i anslagsäskandena och fortlöpande kontakter äger rum varigenom ledningens intentioner bekantgöres.

7 Strategi och taktik i budgetarbetet

Budgeten beskrivs i litteraturen som ett instrument för samordning av ekonomiska angelägenheter genom planering och kontroll, men man får en ganska dålig uppfattning om budgeteringens praktiska problem. I den lyckliga värld till vilken läsaren förs räknar chefen, budgetmannen, fram den optimala budgeten. Sedan tar ett "återföringssystem" hand om eventuella avvikelser.

Frågan är emellertid hur budgeten utformas, när det finns en aktiv konkurrens om resurser mellan avdelningschefer, mellan olika nivåer och mellan geografiska områden.

När man studerar sjukhusens budgetering, tycker man sig vara långt från den klassiska budgetidyllen, där det finns en auktoritär ledning och en styrd grupp. Man befinner sig i en konfliktvärld där underhandlingar, köpsläende och rentav hot ingår som beståndsdelar.

Få har studerat budgetering från sådana erfarenhetsmässiga utgångspunkter. En av dem är den förut omtalade Wildavsky, som har intervjuat angående amerikansk federal budgetering och redogjort för sina erfarenheter därifrån.¹ I Sverige har professor Gunnar Heckscher berört budgeteringens praktiska problem.² De empiriska studierna är dock påfallande få i jämförelse med de rent teoretiska.

¹ Wildavsky, A., *Politics of the budgetary process*. Boston 1964.

² Heckscher, G., *Svensk statsförvaltning i arbete*. Stockholm 1958.

Motiveringarna i budgetäskandena

Hur motiverar äskarna de gjorda framställningarna? Vissa är underbyggda med fyllig statistik, som exempelvis kan visa hur antalet patienter, diagnoser eller vård dagar har förändrats under en följd av år. Här försöker man ställa efterfrågeutvecklingen i relation till resurskravet. Flera överläkares budgetäskanden måste anses väl underbyggda.

Man frapperas vid läsningen av framställningarna från ett antal sjukhus över hur ofta egentliga motiv för önskemålen saknas. Det finns gott om äskanden av följande typ: "Undertecknad anhåller om nyanskaffning av 1 st. snabbhacka enligt bifogad broschyr." Det är också vanligt att man hänvisar till ett "behov" utan att utveckla detta närmare. Det sägs: "Den personal vi har täcker icke behovet" eller "För klinikens behov äskas medel för inköp av simultanröntgentelevison à 153 000 kr."

Ganska sällan diskuteras vilka alternativ som är tillgängliga, vilka fördelar och nackdelar andra alternativ skulle ha eller vilka kostnader som är förenade med den ena eller den andra lösningen. Ett exempel: "Inom sjukhuset används för närvarande i stor utsträckning avancerad elektronisk utrustning. Kostnaderna för reparation och servicebesök torde vara betydande. Jag anhåller därför att en tjänst som teletekniker inrättas." Lönsamheten av att ha en egen elektronikavdelning i jämförelse med att anlita reparatörer utifrån, bedömt med hänsyn till sannolikheten av att fel skall inträffa, får man ingen uppfattning om. Ofta får man inte heller veta, hur situationen klaras för närvarande. Ett exempel: "Värmeskörttjänsten har jag flera år förut begärt men utan resultat, varför jag anhåller om den igen. Det måste nämligen vara någon som sköter sopeldningen och därmed sammanhängande arbeten."

Att andra sjukhus har större personal eller modernare utrustning förs ofta fram som motiv. Man hänvisar exempelvis till att tio centrallasarett redan är försedda med fotografisk personal, när man vill ha sådan för det egna sjukhuset.

Verklig eller föregiven sparsamhet skymtar också som motiv: "Om ADB införes för förrådet, torde utökning av personalen und-

vikas." Ett intryck av sparsamhet kan också ges genom en hänvisning till att det finns sådana som vill ha mer. Ett överläkarkollegium, som anhåller om en ökning av bokanslaget i förhållande till föregående år med 5 000 kr, säger: "Klinikcheferna vid lasarettet har framfört önskemål som tillsammans innebär att litteraturanslaget skulle ökas med 10 000 kr."

Motiven kan också vara att belöna enskilda befattningshavare. Som skäl för högre lön till en läkarsekreterare sägs: "Kliniken förfogar f.n. över en mycket erfaren och kunnig sekreterare, men om man måste räkna med att hon skulle ersättas med en ovanare arbetskraft, kliniken skulle behöva två sekreterare."

I och för sig kan ett äskande från en maskinchef om kontorspersonal med följande motivering vara angeläget: "Beträffande kontorshjälpen anser jag min tid för dyrbar och mig själv för kvalificerad att hålla på med enklare kontorsgöromål." Men samtidigt kanske någon folkvald undrar, om det finns möjligheter att lägga en del av denne maskinchefs skrivuppgifter på intendentkontorets personal. I det aktuella fallet nöjde sjukhusledningen sig med att tillstyrka utan vidare utredning.

Kritik mot de beslutandes okunnighet skymtar i några äskanden. I en begäran sägs följande: "Min personliga uppfattning är den, att de som har att besluta om personalens storlek varken känner till dess arbetsuppgifter, omfattningen därav eller skötseln av verksamheten i dess helhet."

Vissa personer ger ytterligare eftertryck åt ett äskande genom att sätta in ett hot i slutklämmen: "Jag nödgas, om min anhållan beträffande personal ej hörsammas, avsäga mig ansvar för störningar och missnöje, både vad gäller reparationsarbete och drift, beroende på personalbrist."

Äskandenas omfattning varierar. Ofta förvånas man över mängden av obetydligheter som bereds utrymme i handlingarna. I en budget på flera tiotals miljoner kronor finner man t.ex. ett äskande om 6 hopprep à 3 kr per styck. Det är under sådana omständigheter inte att undra på att landstingshandlingarna blir ohanterligt tjocka.

Att motiv saknas i äskandena eller att de ser anmärkningsvärda

ut för en utomstående behöver inte betyda, att de är obegripliga för de folkvalda eller för den dominerande landstingspolitikern, alltså förvaltningsutskottets ordförande. Frågorna kan ha diskuterats per telefon eller vid besök. De förhållanden man vill förbättra kan vara kända genom press eller radio. Ändå tycker man, att det måste vara oerhört svårt för politikerna att få en egen bild av vad som kan vara rimligt att bifalla. Problemen är kanske inte mindre för dem som äskar anslag. Vilken ambitionsnivå vill sjukhushuvudmannen att man skall hålla? Inom statsförvaltningen har man talat om "oförändrad ambitionsnivå" i petitaanvisningarna. Inom landstingen sägs ingenting om ambitionsnivån. Antag, att man ett år köpte en apparat för något hundratusental kronor. Följande år har det kommit en något bättre i marknaden. Bör man ge de folkvalda en chans att förse sjukhuset med den nya apparaten, eller skall man inte nämna att det finns en ny apparat, med hänsyn till att den nyligen inköpta mycket väl kan användas ytterligare några år?

Hur löses problemet i praktiken? Några av de intervjuade administratörerna har tagit upp detta som något de själva ser som ett stort problem. Maskinköp baseras ibland mera på intresset att ha den nyaste och modernaste utrustningen än på överväganden om lönsamhet, påpekas det. Följden blir, att fjolårsmodellerna ställs på vinden, säger några administratörer.

Omprovning av tidigare anslag

Från sin amerikanska budgetforskning rapporterar Wildavsky, att endast förändringar granskas närmare i budgetarbetet. För att få en uppfattning om attityderna till denna fråga hos personer som sysslar med svensk sjukhusbudgetering bad intervjuaren om en reaktion på följande påstående: *"Det är endast förändringar i förhållande till tidigare anslag, som blir föremål för kritisk genomgång vid budgetarbetet."* Svarsalternativen var "Helt riktigt", "I stort sett riktigt", "Knappast riktigt" och "Oriktigt". Man kunde anta att personerna inom landstingen, i högre grad än inom lands-

tingsfria städer och statsförvaltningen, skulle ge instämmande svar. Skälet till detta antagande är att landstingens resurser till 80 procent går till hälso- och sjukvården, medan övriga sjukhushuvudmän har många olika ändamål som konkurrerar om resurserna.

Svaren fördelar sig procentuellt på följande sätt.

TABELL 7:1

	Över- läkare N = 30	Sjukhusad- ministra- törer N = 27	Landstings- direktörer N = 26	FU-ord- förande N = 25
<i>Landstingen</i>				
Helt riktigt	53	41	46	40
I stort sett riktigt	23	30	35	28
Knappast riktigt	17	11	15	28
Oriktigt	3	19	4	4
Inget svar	3	0	0	0

TABELL 7:2

	Över- läkare N = 15	Sjukhusad- ministra- törer N = 12	Chefs- tjänstemän N = 8	Ledande förtro- endemen N = 10
<i>Landstingsfria städer och staten</i>				
Helt riktigt	33	33	25	20
I stort sett riktigt	13	0	50	50
Knappast riktigt	20	25	0	0
Oriktigt	20	42	25	30
Inget svar	13	0	0	0

Antagandet att det skulle vara skillnad i svaren mellan landstingen å ena sidan samt statsförvaltningen och de landstingsfria städerna å den andra får stöd i materialet. Svarsalternativet "Oriktigt" väljs således i förhållandevis lägre grad av svarare från landsting, medan det är tvärtom för svarsalternativet "Helt riktigt". Vi finner också, att överläkarna oftare än övriga grupper inom landstingen anser att påståendet är helt riktigt.

Bland dem, som anser påståendet oriktigt, utgör sjukhusadmi-

nistratörerna den förhållandevis största gruppen. Det gäller såväl inom som utanför landstingen.

Några synpunkter

Vilka motiv och kommentarer ges till ståndpunkterna? En FU-ordförande säger att påståendet i frågan ger uttryck för en arbetsmetod som måste accepteras. "Landstingets handlingar omfattar flera tusen sidor. Skulle man granska allt i detalj och säga att de här anslagen får en höjning och de här en minskning, ginge det inte att hantera budgetarbetet. Vi säger huvudsakligen 'som förut'. Det är klart att det finns risk för att tillfälliga anslag permanentas. När man en gång gett något, går det sedan av bara farten. Därför är man rädd att ta upp något nytt."

En annan FU-ordförande, som ansåg påståendet "knappast riktigt" anger som motiv att flera äldre anslag hade tagits bort under senare år. Det var sådana som hade hängt med år från år och som vid närmare undersökning hade befunnits vara onödiga. Anledningen till att sådana problem uppmärksammas sades ofta vara, att överskott hade uppstått på anslagen. "Anslag slinker igenom lättare, då inga ändringar begärs", säger en tredje FU-ordförande.

"Jag önskar jag kunde säga att påståendet är riktigt, men dessvärre är det inte så", säger en landstingsdirektör. "Påståendet är riktigt till 98 procent. Problemet illustrerades, när lungklinikens patientunderlag gick tillbaka medan andra klinikers ökade, t.ex. dermatologens. Det visade sig ändå omöjligt att minska antalet underläkare på lungkliniken." Svårigheten att dra in personal för vilken anslag en gång har beviljats påtalas av tillfrågade från samtliga befattningskategorier.

En sjukhusadministratör menar att orsaken till att påståendet är riktigt får sökas i den historiska utvecklingen. "Sjukhusen har ändrat karaktär från 1930-talet, men administrationen har inte följt med. Från att man förr har sysslat med redovisning av anslag krävs nu fortlöpande studium av sjukhusets struktur. Detta bör ge resultat i form av åtgärder inte bara på områden, där man begär mer arbetskraft, utan lika mycket där inga ökningar begärs. Men

jag tror inte det i dag finns något sjukhus som har resurser för en sådan förändring”, säger han.

Flera administratörer ser orsaken till den ringa omprövningsbenägenheten i sjukhusets administrativt svårbemästrade struktur. Varje klinikchef har sitt veto, som man svårligen kan komma förbi. ”Brist på ekonomiskt tänkande, brist på planeringsresurser, traditionell arbetsfördelning och dominerande klinikchefer med stark maktställning i det medicinska handlandet har det visat sig svårt att göra något åt”, säger en administratör.

Några administratörer ger uttryck för resignation beträffande sina möjligheter att kritiskt penetrera budgetäskandena. Följande uttalande är karakteristiskt för denna grupp: ”Vi har bara tid och resurser att titta på de största förändringarna. Men det har visat sig, att vi ändå inte kan göra något för att stoppa kostnadernas enorma stegring.”

En administratör uttalade en förhoppning om att landstingets nya organisationsavdelning skulle kunna bidra till större omprövning. Skepsis mot organisations- och utredningsavdelningarnas möjligheter kommer dock till uttryck bl.a. i uttalanden av några landstingsdirektörer. En av dem omtalar att man hade fördubblat kanslipersonalens storlek under de senaste åren. ”Tanken har varit att de skulle göra något åt den svällande budgeten. Men resultatet blev magert. De har haft nog att göra med att organisera upp sina egna avdelningar”, säger han resignerat.

Tre överläkare såg den bristande benägenheten till omprövning av tidigare anslag som en orsak till att sjukhusen enligt deras uppfattning hade för mycket personal. Mot bakgrund av det allmänna talet om personalbrist vid sjukhusen var det överraskande att möta den inställningen. ”Personalbudgeten beräknas för belastningstoppar och med hänsyn till den mest resurskrävande tidpunkten på dagen. Jag kommer snart inte fram själv på min klinik för all personal som står i korridorerna”, säger en överläkare.

Irritation över frågan

På några håll märktes en viss irritation över frågan. En överläkare

anser, att påståendet är orättvist och bottnar i bristande förståelse. Han menar att en landstingsdirektör nog ser så på anslagen. ”Men vi som vill ha fram medlen försöker presentera argument så att en utveckling blir synlig. Eller också har utvecklingen kommit över oss, så att ett behov måste tillgodoses. Vi har ett väldigt gott gehör hos budgetgubbarna, vilket innebär att de begriper framtidsperspektivet.” — En landstingsdirektör säger att man ”förutsättningslöst prövar alla de frågor som man är satt att sköta. Vi sneglar på det föregående, men om nya argument kommer fram och vi finner skäl till korrigeringar, är vi inte banga.”

Äskanden med prutmån?

Räknar man med prutmån i äskandena? Det är bekant, att budgetäskandena inom statsförvaltningen ofta utsätts för rätt väsentliga prutningar, medan detta tycks ha varit mindre vanligt inom landstingen. De landstingsfria storstäderna torde komma någonstans mellan landstingen och statsförvaltningen.

De intervjuade har fått redogöra för sina erfarenheter. Svaren har indelats i två huvudgrupper (se tabellerna å motstående sida).

Med undantag för gruppen sjukhusadministratörer finns en markant skillnad mellan svaren från landstingen och de från de landstingsfria städerna och staten. De senare säger i större utsträckning att prutmån förekommer i äskandena. Tre av fyra sjukhusadministratörer menar att prutmån inte förekommer, medan bara en av fyra överläkare utanför landstingen delar deras uppfattning. Överlag är det de folkvalda som i högre grad än andra anser att prutmån förekommer.

Några kommentarer

Flera landstingsdirektörer säger, att överäskanden är ett problem som man har diskuterat mycket. En vanlig inställning är att man inte prutar, eftersom man vill ha förtroendet kvar. Man menar att landstinget inte har förlorat på detta system. För att undvika prut-

TABELL 7:3. *Prutmån i landstingens framställningar, procentuell svarsfördelning.*

<i>Landsting</i>	Över- läkare N = 30	Sjukhusad- ministra- törer N = 27	Landstings- direktörer N = 26	FU-ord- förande N = 25
Ingen prutmån	73	78	73	60
Prutmån	23	19	15	36
Inget svar eller andra svar	3	3	12	4

TABELL 7:4. *Prutmån i de landstingsfria städernas och statens äskanden, procentuell svarsfördelning.*

<i>Storstäder och staten</i>	Över- läkare N = 15	Sjukhusad- ministra- törer N = 12	Chefs- tjänstemän N = 8	Ledande förtroende- män N = 10
Ingen prutmån	27	75	30	12
Prutmån	60	17	70	88
Inget svar eller andra svar	13	8	0	0

månsinställningen vädjar man på sina håll till sjukhusledningarna om återhållsamhet. En landstingsdirektör säger: ”Vi vågar inte fingra på äskandena. Gör vi det börjar man begära 25 procent för mycket. Hellre än att ge 8 000, när de begär 10 000, stryker vi anslaget helt.”

”Det är faktiskt så”, säger en annan landstingsdirektör, ”att vi måste lära oss bedöma människorna som äskar. Somliga menar att det är taktiskt att begära 250 000 när de behöver 200 000 och sedan gå ned vid manglingen.”

Många sjukhusadministratörer framhåller att de försöker träffa så rätt som möjligt. Men samtidigt säger vissa, att man ”liksom kan lägga in en dold reserv” på enskilda punkter i budgeten. Man försöker hålla utgifterna i överkant och inkomsterna i underkant

för att få en marginal att spela med. ”Ibland har jag fått bakslag, men på det hela taget accepteras detta”, säger en administratör.

”Läkarna begär vad de anser sig behöva oavsett kostnaden”, säger en annan administratör. — ”Att det finns enklare utrustning bryr de sig inte om. De vill ha det finaste. Men man kan ofta lirka med dem”, tillägger han.

”Hos oss är det landstinget som föregår med dåligt exempel”, säger en överläkare. — ”Om man begär en laboratorieassistent, kanske man får ett laboratoriebiträde. Det innebär ingen hjälp alls men 80 procent av lönen för den hjälp man ville ha. Tjänstemännen på landstingskansliet förstår inte de här frågorna”, säger han. ”De vill visa att de bantar budgeten. Men vi tror inte högt om kanslifolket. De har inga experter på medicinska frågor. Sakkunskapen tillfrågas inte.”

Flera överläkare menar att de äskar det de vill ha. De godtar i princip inga prutningar på detta. ”Förr var man inställd på att 50 procent av äskandena prutades bort”, säger en överläkare. ”Nu prutas det inte, men man begär fortfarande för mycket. Därför har vi på tok för mycket personal. Läkarna bär inga änglavingar”.

Läkare, som har erfarenhet både från statliga sjukhus och från landstingens, säger sig ibland frapperas över skillnaden mellan statens strama hushållning och landstingens generositet. De menar att nyäskandena utsätts för en betydligt kärvare granskning vid statsverkets än vid landstingens budgetgranskning. En läkare säger sig ha observerat, att ett litet landstingssjukhus i Norrland kan ha förnämligare och mer omfattande apparatur av vissa slag än universitetssjukhusen.

En FU-ordförande menar till skillnad mot många andra tillfrågade, att en hårdare budgetbehandling har lett till att äskandena har blivit rimligare. En kollega till honom anser att försöken att begränsa utgifterna inte har haft avsedd effekt. Han illustrerar detta med ett exempel. ”Vi hade en gång en besparingskommitté. De nosade genom allting, varenda potatis. Men det har aldrig varit så stor höjning i äskandena som just det året.” Samtidigt påstår han, att äskarna nog skulle bli överraskade, om allting svaldes. ”Vi lär oss efterhand känna våra pappenheimare”, förklarar han.

Den äskande och den beviljande kan ha olika uppfattningar om behovet och således också om det är fråga om överräskanden eller ej. Detta problem har flera intervjuade poängterat. En FU-ordförande tar som exempel en högautomatiserad framkallningsmaskin för röntgen. Han betraktade den som ett överräskande, men överläkaren menade, att det inte var ett överbud. Det är därför intressant att se hur jämförelsevis likartade olika befattningskategoriers uppfattning inom landstingen är till denna fråga.

Många tillfrågade har återkommit till skillnaden i inställningen till prutning mellan landstingen och de andra sjukhushuvudmännen. En FU-ordförande säger: ”Vi tar inte bara rödpennan, som man gör på den statliga sidan. Vi diskuterar, vi kallar in de personer det gäller till vår beredning. Vi arbetar i demokratiska former. Det betyder att vi skapar en bättre anda i budgetarbetet. Vi står också närmare institutionerna än staten gör.”

Förvägsäskanden

Förekommer det att man av ett eller annat skäl äskar anslag, om man i förväg utgår från att de inte skall beviljas samma år?

”Det har hänt”, säger en överläkare, ”att jag tagit upp sjuksköterske- och biträdestjänster, där jag inte har räknat med att de skulle gå igenom men där jag har velat visa mina avdelnings-sköterskor att jag har försökt. Vi kan anse en kuratorstjänst befogad, men samtidigt vet vi att andra inte har lyckats få mer.”

En annan överläkare tar konstnärlig utsmyckning som exempel: ”Jag anser, att det är min skyldighet att påminna om sådant, även om jag vet att vi bara får en obetydlighet.”

”Ofta är man osäker när man äskar. Man vet inte vad en dyr maskin kommer att ge.” — ”Det händer ibland att jag ger en invit att avslå genom att säga att om jag inte får det i år, vill jag återkomma”, säger en överläkare. ”Det är väl en teknik man lär sig”, säger en sjukhusadministratör. ”Det kan vara opsykologiskt att själv bli busen. Man vill stötta upp den som har äskat. Här blottar jag nog en viss feghet, om jag skall vara ärlig.”

Följande fråga ställdes: "Händer det att Ni önskar anslag, där Ni utgår från att de inte skall gå igenom i det aktuella budgetförslaget?" Man kunde anta att personerna inom landstingsfria städer och statsförvaltningen i högre grad än de inom landstingen skulle ge jakande svar. Bakom detta antagande ligger, liksom bakom det tidigare, vetskapen om att landstingens sjukvårdsanslag har färre andra områden att konkurrera med än statens och de landstingsfria städernas. Vidare brukar även kraftiga höjningar av landstingsskatten kunna beslutas utan att någon nämnvärd debatt sätts igång, varken inom landstinget eller i massmedia. Detta kan tänkas återverka på den strategi och taktik som tillämpas i budgetarbetet. Svaren fördelar sig på följande sätt, procentuellt sett.

TABELL 7:5

	Överläkare N = 30	Sjukhusad- ministratörer N = 27
<i>Landstingen</i>		
Jakande svar	47	25
Nekande svar	50	72
Inget svar eller andra svar	3	3

TABELL 7:6

	Överläkare N = 15	Sjukhusad- ministratörer N = 12
<i>Landstingsfria städer och staten</i>		
Jakande svar	73	17
Nekande svar	20	75
Inget svar eller andra svar	7	8

Av svaren framgår att överläkarna i högre grad än administratörerna säger sig framlägga äskanden av detta slag. Skillnaden mellan å ena sidan landstingens och å andra sidan de landstingsfria städernas och de statliga sjukhusens läkare är markant. Sjukhusadministratörernas svar är ganska lika oavsett huvudmannaskapet.

Lönar det sig att förvägsäka?

Kan man använda sig av utnötningstaktiken för att få anslag? Är det möjligt att "tjata" sig till anslag för personal eller utrustning som man vill ha men inte tidigare har fått?

I undersökningen har följande fråga ställts till samtliga: "Förändras enligt Er uppfattning chansen att ett anslag beviljas, om det avslagits i ett tidigare års äskande?"

I landstingen säger man genomgående att det är mindre vanligt att äskanden avslås. När ett avslag sker, kan grunden vara att man inte anser sig ha råd det året. Anslagsbeviljarna kan också vilja vänta och se. Saker och ting kanske mognar efter hand. En tillfrågad nämner röntgen-TV och nya operationsbord som exempel. "Vi höll frågan öppen ett par år. Apparaterna blir alltid förbättrade, medan man väntar."

I andra fall bedöms äskandet som obefogat eller av principiella skäl inte möjligt att villfara. Då anses chansen vara mindre, när man kommer igen. En landstingsdirektör säger: "Man vill hålla stånd mot äskarna. Man söker skäl. Ett bra skäl är att man tidigare har avslagit." Det kan också ge prestige i en anslagsfråga, men risken minskar, om nya motiv presenteras, menar några intervjuade. Flera anser att utnötningstaktik ger resultat i en del fall.

Men på det hela taget, ökar chanserna, minskar de eller påverkas de ej? I nedanstående tabeller redovisas svaren i procent.

TABELL 7:7

	Över- läkare N = 30	Sjukhusad- ministratörer N = 27	Landstings- direktörer N = 26	FU-ord- förande N = 25
<i>Landstingen</i>				
Chanserna ökar	40	26	39	40
Chanserna påverkas ej	40	33	31	35
Chanserna minskar	10	19	27	20
Inget svar eller andra svar	10	22	3	5

TABELL 7: 8

<i>Landstingsfria städer och staten</i>	Över- läkare N = 15	Sjukhusad- ministratörer N = 12	Chefs- tjänstemän N = 8	Ledande förtroende- män N = 10
Chanserna ökar	60	50	25	60
Chanserna påverkas ej	27	50	63	40
Chanserna minskar	0	0	12	0
Inget svar eller andra svar	13	0	0	0

De intervjuade från de landstingsfria städerna och de statliga sjukhusen anser bara i något undantagsfall, att chanserna minskar till skillnad mot vad en mindre grupp inom samtliga befattningskategorier på landstingssidan anser. Vad kan ligga bakom skillnaden? Den högre avslagsbenägenheten utanför landstingen inverkar naturligtvis. När avslag sker på äskanden inom landstingen, är motiven troligen ofta principiella. Det kan också vara en utbildad metod utanför landstingen att avslå ett äskande första gången det kommer upp, såvida inte motiven är särskilt starka. I petitaanvisningarna för ett statligt sjukhus säger direktionen, att man endast kommer att framföra sådana äskanden om nya tjänster som innebär fullföljande av de framställningar från fjolåret som inte har tillgodosetts men fortfarande har samma höga angelägenhetsgrad. Tjänster därutöver kommer att upptas av direktionen endast om särskilda faktorer som inte förelåg vid fjolårets petitaarbete senare har tillkommit. En förhållandevis större överensstämmelse föreligger också inom och utanför landsting mellan överläkarnas och de folkvaldas uppfattning än mellan de andra befattningskategorier-
nas.

Minskar anslag som visar överskott?

Följande fråga ställdes: "Om ett anslag för den löpande verksamheten inte utnyttjas till fullo ett år, är det då sannolikt att det kom-

mer att minska i ett senare års budgetanslag?" Det kunde av tidigare anförda skäl antas att de tillfrågade inom landstingen i lägre grad än de inom landstingsfria städer och statsförvaltningen skulle ge instämmande svar. De intervjuade har fått redogöra för sina erfarenheter. Svaren har indelats i "jakande" och "nekande" enligt nedanstående procentuella fördelning.

TABELL 7:9

	Över- läkare N = 30	Sjukhusad- ministratörer N = 27	Landstings- direktörer N = 26	FU-ord- förande N = 25
<i>Landstingen</i>				
Jakande svar	27	37	50	44
Nekande svar	63	56	39	40
Inget svar eller andra svar	10	7	11	16

TABELL 7:10

	Över- läkare N = 15	Sjukhusad- ministratörer N = 12	Chefs- tjänstemän N = 8	Ledande förtroende- män N = 10
<i>Landstingsfria städer och staten</i>				
Jakande svar	46	25	60	50
Nekande svar	27	75	30	50
Inget svar eller andra svar	27	0	10	0

Överläkarna utanför landsting anser i lägre grad än landstingsöverläkarna att minskning av anslag som har gett överskott äger rum. För sjukhusadministratörerna är tendensen i svaren den motsatta. Chefstjänstemännen i den centrala förvaltningsledningen såväl inom som utom landstingen anser i högre grad än andra att man skär ned anslag som visar överskott.

Några synpunkter

En landstingsöverläkare som menar att någon nedskärning inte har

varit aktuell har erfarenhet av att administrationen i stället ringer och frågar, varför ett anslag inte utnyttjats. ”I ett fall berodde det på att vi inte visste att anslaget gått igenom.” — En annan överläkare säger: ”Alla anslag används alltid här, men det är troligt, att detta annars skulle inträffa.” En tredje överläkare berättar, att han har ett anslag som håller på att ”brinna inne”, men att han skall försöka använda det.

Flera har betonat hur betydelsefulla motiveringarna för ett överskott är, när det gäller en eventuell förändring i anslagens storlek. ”Generellt sett minskas det. Men om man har skäl, får man behålla anslaget”, säger en sjukhusadministratör. Det förefaller vanligt att sjukhusadministratörerna själva anpassar anslagsäskanden med hänsyn till tidigare förbrukning. Av flera skäl gäller det i allmänhet höjningar.

Tillfälligheterna kan ha spelat en roll, när ett anslag ger överskott. Som exempel nämns ett röntgenrör för en kostnad av 10 000 kr, vilket håller ett eller kanske fem år. En mild vinter får betydelse för bränsleanslagets utnyttjande. Det kan ha varit svårt att skaffa personal ett år. Om verksamheten inte är på nergång, minskar man vanligen inte de löpande utgiftsanslagen.

I en del fall kan överläkare vilja vänta med att skaffa instrument. ”Vi minskar inte, om man vill vänta”, säger en landstingsdirektör. ”Om däremot ett anslag visat överskott under en rad av år, skär vi ner.” Som exempel härpå nämns epidemivården. Ett anslag på 750 000 kr, som inte utnyttjades på flera år, skars ner till 250 000.

”Man vill inte stimulera att anslagen tas ut bara för att anslagen inte skall minska nästa år”, säger en folkvald förtroendeman. Han exemplifierar från en annan förvaltning, som lär ha köpt frimärken för 1 000 kr för att inte visa överskott. Samtidigt gjorde man bara av med 100 kr per år i frimärken.

En överläkare vid ett statligt sjukhus tror, att sjukhuset skulle kunna göra stora vinster på att låta en klinikchef dra ihop ett spar-kapital, dvs. lägga upp en fond för sin klinik. Det förhållandet att medlen stoppas, om de inte förbrukas, motverkar sparsamhet, menar han.

Föreligger förbrukningsautomatik?

De intervjuade har också fått följande fråga: "Om ett anslag för den löpande verksamheten utnyttjas till fullo ett år, är det då sannolikt, att det inte kommer att minska i ett senare års budgetanslag?" Man kunde anta att de tillfrågade inom landstingen oftare än övriga skulle ge instämmande svar. Den procentuella svarsfördelningen framgår av följande tabeller.

TABELL 7: 11

	Över- läkare N = 30	Sjukhusad- ministratörer N = 27	Landstings- direktörer N = 26	FU-ord- förande N = 25
<i>Landstingen</i>				
Jakande svar	77	70	96	88
Nekande svar	13	11	4	4
Inget svar eller andra svar	10	19	0	8

TABELL 7: 12

	Över- läkare N = 15	Sjukhusad- ministratörer N = 12	Chefs- tjänstemän N = 8	Ledande förtroende- män N = 10
<i>Landstingsfria städer och staden</i>				
Jakande svar	80	92	50	80
Nekande svar	7	8	38	20
Inget svar eller andra svar	13	0	12	0

Materialiet ger inte något generellt stöd för det uppställda antagandet. Ett visst stöd föreligger för de båda centrala befattningskategorierna men däremot inte i fråga om de båda lokala. Samtidigt kan man konstatera, att förbrukningsautomatiken anses hög av samtliga befattningskategorier, oberoende av huvudmannskapet.

”Vänskapskorruption”

En intervjuad anser att man har mindre ”vänskapskorruption” inom den statliga än inom den kommunala förvaltningen. Han säger att följande kan inträffa i en storstad: ”En ordförande i en nämnd har en väldigt besvärlig fråga aktuell. Han går till sin kollega i en annan nämnd och säger: ’Hör du, det här är aktuellt, det måste vi genomföra. Kan du hjälpa mig?’ och då tänker den andre att jag har ju en annan sak som också är intressant och besvärlig, så då kan vi väl koppla ihop det här så bråkar vi inte med varann. Så går det till i stor utsträckning.”

Man har också pekat på att sjukvårdsstyrelsen kan vara angelägen att få en rundligt tilltagen budget. Om budgeten genom olyckliga omständigheter skulle visa underskott, befarar nämnden kritik. Visar den däremot överskott, anses man vara en god hushållare. Detta medför inte någon direkt återhållande effekt i budgetäskandena. De som håller i den centrala medelsförvaltningen tycks ibland ha sina nedskärningar i de olika förvaltningarnas äskanden som ett mått på sin ”effektivitet”. Det betyder att inte heller de är odelat bekymrade över kraftigt tilltagna äskanden.

Antydningar om att kostnadsmedvetandet skulle vara större inom den statliga förvaltningen än inom den kommunala har återkommit under flera intervjuer. En svarare med både kommunal och statlig erfarenhet säger: ”I kanslihuset finns fortfarande kvar en känsla av att man inte skall slösa med pengar. Det är en gammal tradition, så att säga. Man har ämbetsmän som är skolade och inriktade på att skära ner och kontrollera anslag. Man har inte alltid samma typ av tjänstemän, inte samma ämbetsmannansvar och objektivitet ute i kommunerna. Det politiska spelet är hårdare, motsättningarna är starkare i den statliga än i den kommunala verksamheten. I landstingen jobbar alla partierna ihop.”

En FU-ordförande, som är bekymrad över den starka lokalpatriotismen, säger: ”Vårt landsting är bara en samling byfolk. De vill gå hem och berätta att de har fört fram det och det för bygden. Jag är faktiskt den ende landstingsmannen i det här landstinget.” Följden har blivit fel lokaliserade sjukhus och onödigt exklusivt utrustade specialkliniker vid småsjukhusen, menar han.

8 Inflytandet över budgeten

I kapitel 1 talades om konsumtionen av sjukvård och de faktorer som bestämmer denna. Budgeten är ett instrument varigenom utbudet materialiseras. I kapitel 5 och 6 beskrevs budgetarbetet i praktiken. I närmast föregående kapitel skildrades hur äskarens och granskarens taktiska och strategiska hänsyn påverkar budgeten. I detta kapitel behandlas de folkvaldas inflytande på budgeten.

Inflytandet inom landstingen

Hur mäter man inflytande? En metod är att följa några viktigare beslut och se vem som tar initiativ, vem som anger mål, vem som analyserar alternativ och hur beslutet kommer till stånd. Beskrivningen av beslutsförloppet inom landstingen i kapitel 5 utgick från en annan metod. Där fick personer på olika nivå beskriva hur de upplever budgetförloppet. Givetvis fick man då också en viss bild av var inflytandet fanns.

Man kan också låta intervjupersonerna göra en uppskattning av hur stort inflytande de anser att de själva och andra utövar. Inom socialpsykologin har s.k. skalmeter utvecklats som kan användas för sådana skattningar. Ingen av metoderna är helt idealisk.

I undersökningen tillfrågades de olika befattningskategorierna vilket inflytande de anser att de folkvalda, sjukhusledningen och läkarna har på budgetens realinnehåll. Frågan gäller det reella och således inte det formella inflytandet. Bedömningen gjordes på en fyrgradig skala med svarsalternativen: ”Mycket stort”, ”Ganska stort”, ”Ganska litet” och ”Mycket litet”.

Man kan anta att ju mer avlägsna två befattningskategorier är

INFLYTANDET ÖVER BUDGETEN

från varandra i den formella hierarkin, desto större inflytande anser den ena kategorin att den andra har. Det innebär t.ex. att överläkare skulle anse att de folkvaldas inflytande är större än FU-ordförandena anser detta vara. I undersökningen gällde det en allmän attitydfråga angående det reella inflytandet över budgeten utan någon differentiering mellan t.ex. inflytandet över budgetens totala omfattning och inflytandet över olika posters relativa storlek.

De folkvaldas inflytande

Frågan löd: *"Vilket inflytande anser Ni att de folkvalda har på budgetens realinnehåll?"* Den procentuella svarsfördelningen redovisas i tabell 8: 1.

TABELL 8: 1

	Över- läkare N = 30	Sjukhusad- ministratörer N = 27	Landstings- direktörer N = 26	FU-ord- förande N = 25
Mycket stort	33	15	19	20
Ganska stort	17	19	15	40
Ganska litet	13	30	31	20
Mycket litet	33	33	35	20
Inget svar	3	3	0	0

Svaren går inte helt i linje med vad som hade väntats. Överläkarna anser visserligen i högre grad än övriga att de folkvalda har "Mycket stort" inflytande. Om svarsalternativen "Mycket stort" och "Ganska stort" läggs samman, är det emellertid FU-ordförandena som har den högsta frekvensen sådana svar. Dessa uppgår nämligen till 60 procent, medan de för övriga ligger vid 50 och 34 procent. Det är FU-ordförandena som har den lägsta andelen svar med innebörden att de folkvalda har mycket litet inflytande. De har 20 procent mot 33—35 procent för övriga grupper av svarare.

Sjukhusledningens inflytande

Sjukhusledningens inflytande har av sjukhusadministratörerna, som själva tillhör sjukhusledningen, bedömts vara betydligt större än av någon annan grupp. Inte mindre än 67 procent av sjukhusadministratörerna finner detta inflytande vara "Mycket stort". Inte någon inom denna grupp har ansett inflytandet vara "Ganska litet" eller "Mycket litet".

Landstingsdirektörerna, som också har administrativa befattningar, kommer därefter i bedömningen av sjukhusledningens inflytande. Överläkarna och FU-ordförandena har däremot stannat för en väsentligt lägre bedömning av sjukhusledningens inflytande.

Bedömningarna av sjukhusledningens inflytande framgår av tabell 8:2.

TABELL 8:2. *Bedömningen av sjukhusledningens inflytande inom landstingen, procentuell svarsfördelning.*

	Över- läkare N = 30	Sjukhusad- ministratörer N = 27	Landstings- direktörer N = 26	FU-ord- förande N = 25
Mycket stort	23	67	50	20
Ganska stort	43	30	38	44
Ganska litet	17	0	8	24
Mycket litet	13	0	4	12
Inget svar	3	3	0	0

Överläkarnas inflytande

Överläkarnas inflytande har också skattats högst av den egna gruppen. Överläkarna följs i sin bedömning närmast av FU-ordförandena. Den lägsta bedömningen av överläkarnas inflytande svarar sjukhusadministratörerna för. De utgör den av de intervjuade grupperna som har mest med överläkarna att göra. Man finner således att vardera av dessa båda grupper anser att den andra gruppens inflytande är lägre än de andra grupperna anser inflytandet vara. Överläkare och FU-ordförande ligger närmare varandra i sin bedömning än administratörerna och FU-ordförandena.

TABELL 8:3. *Bedömningen av överläkarnas inflytande inom landstingen, procentuell svarsfördelning.*

	Över- läkare N = 30	Sjukhusad- ministratörer N = 27	Landstings- direktörer N = 26	FU-ord- förande N = 25
Mycket stort	57	33	35	48
Ganska stort	33	45	62	48
Ganska litet	7	15	4	4
Mycket litet	0	3	0	0
Inget svar	3	3	0	0

Några synpunkter

Kommentarerna till frågan om inflytandet har varit många och öppenhjärtiga. Det är naturligt att överläkarna kopplar samman inflytandet med hur mycket de får av äskandena för sin klinik. Som regel sägs det vara lätt att få vad man äskar. En överläkare kommenterar: ”Men ibland är det valår, och då säger politikerna att de inte vill höja skatten. Då ber de oss komma igen nästa år. Det är bra så länge politikerna gör som vi säger. Det enda de håller på är att det inte skall vara några privatavdelningar.”

Överläkarnas kommentarer innebär också, att de folkvalda är pigga på det som är politiskt gångbart, t.ex. allmänna hälsoundersökningar och dialys. En ganska stor grupp bland de intervjuade överläkarna framhåller inte utan starka inslag av kritik att politikerna vill ha stora, flotta sjukhus, som de kan inviga och få beröm för, som om det gällde ett monument. Överläkarna menar att om ett landsting skulle handla ekonomiskt, borde man i stället bygga patienthotell och B-sjukhus (långvårdssjukhus). Då kunde A-sjukhusens (akutsjukhusens) dyra vårdplatser utnyttjas effektivare.

Bland överläkarnas synpunkter i övrigt kan nämnas: ”Om man känner förtroendemännen och utnyttjar möjligheterna, är det inga problem att få igenom sina önskemål.” — ”Förtroendemännen resonerar som så att det är vårt folk det gäller. Därför vill de ha det bästa möjliga.” — ”En klinikchef som inte genomdriver vad han anser önskvärt sköter inte sitt jobb.”

”Det är läkarna som styr verksamheten”, säger en sjukhusadministratör. Sjukhusledningens inflytande sägs till stor del bero på chefsläkarens eller styresmannens kapacitet. Man betonar också, att sjukhusledningen är ställd i efterhand som initiativtagare.

”Vi försöker att diskutera med läkarna, innan ärendena hamnar hos landstinget”, säger en landstingsdirektör. Han fortsätter: ”Om tidningarna får veta att ett ärende har avstyrkts, skriker de i högan sky.” — ”Det är ett brott mot ens samvete att säga så, men i realiteten har de folkvalda mycket litet inflytande. De opponerar sig inte. Men det betyder inte, att de saknar potentiell makt”, säger en landstingsdirektör.

Följande kommentarer gavs av FU-ordförandena: ”Vi låter läkarna bestämma. Om något händer, kan läkarna annars säga att det har direktion eller landsting vägrat oss. Det vill vi ogärna utsätta oss för.” — ”Om en läkare säger, att något är nödvändigt för vården, får man ha bra mycket is i magen för att säga nej, särskilt om de säger, att de inte kan ta ansvar för vården annars.” — ”De folkvalda har mycket litet inflytande, utom jag själv. Ingen brukar fråga om någonting, även om jag försöker animera dem. Direktion, styrelser och utskott blir faktiskt ofta valda på livstid. Det har jag svurit över många gånger.”

Både sjukhusadministratörer, landstingsdirektörer och FU-ordförande har förklarat sig önska mera sakkunskap till sitt förfogande, som t.ex. medicinska konsulter, organisationsexperter, elkonsulter samt konsulter inom värme, vatten och sanitet.

FU-ordförandenas inflytande över olika frågor

Av beskrivningen över budgetarbetet i kapitel 5 får man det intrycket att landstingsmötet påverkar budgeten i ganska liten omfattning. Det är i stället förvaltningsutskottet och speciellt dess ordförande som intar en nyckelställning. Följande avsnitt skall därför ägnas dennes inflytande.

Ett viktigt problem, som inte skall behandlas här, är i vilken mån denne har kunskap och förmåga att hävda valmännens preferenser och önskemål.

INFLYTANDET ÖVER BUDGETEN

Det ligger nära till hands att anta att FU-ordförändens inflytande varierar beroende på frågornas art.

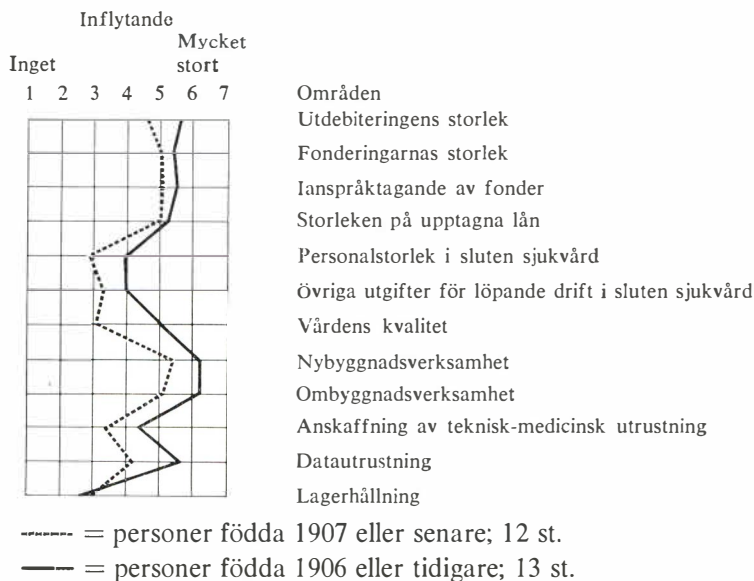
Följande fråga ställdes till ordförändena i landstingens förvaltningsutskott: "Hur stort inflytande har Ni över följande områden, när budgeten skall bestämmas?" Tolv områden angavs, och ordförändena ombads att göra sina bedömningar på en skala från 1—7, där 1 står för "Inget" och 7 för "Mycket stort" inflytande.

Svaren visar att nybyggnads- och ombyggnadsverksamheten kommer högst på skalan med medelvärden som ligger bortåt 6. Därefter kommer användningen av fonder, fonderingarnas storlek, utdebiteringens storlek, storleken på upptagna lån samt datautrustning.

Långt ner på skalan kommer lagerhållning, personalens storlek i sluten sjukvård, övriga utgifter för löpande drift i sluten sjukvård samt anskaffning av teknisk-medicinsk utrustning.

FU-ordförändenas förmodade inflytande över budgeten

FIGUR 8:1. Inflytande och ålder.

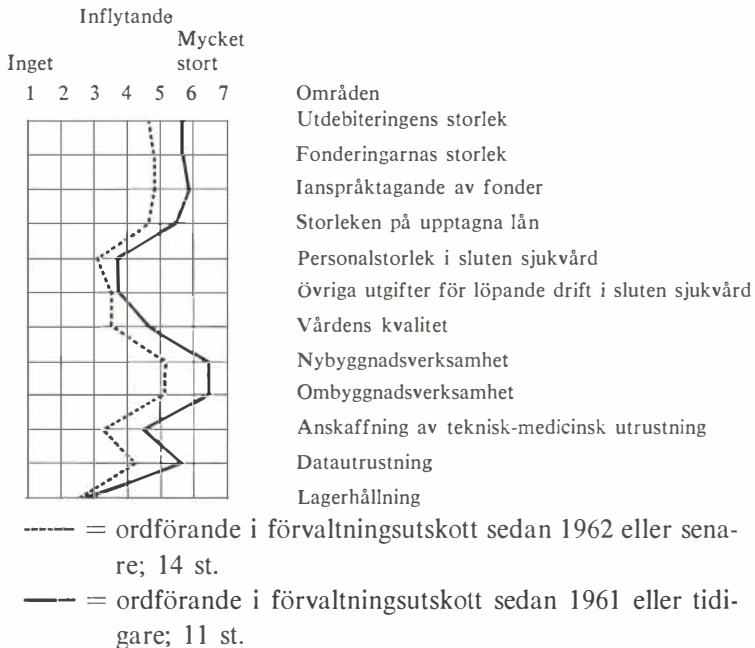


INFLYTANDE OCH ÅLDER. FU-ordförandena har indelats i två åldersgrupper för prövning av antagandet om skillnader mellan yngre och äldre personers inflytande. Äldre FU-ordförande väntades skatta sitt inflytande högre än yngre skattar sitt. Till gruppen "yngre" har förts personer födda 1907 eller senare, till gruppen "äldre" de som är födda 1906 eller tidigare.

För samtliga områden, med undantag för lagerhållning, har olikheter framkommit mellan äldres och yngres bedömning av sitt inflytande. Skillnaden går i väntad riktning, dvs. de äldre har skattat sitt inflytande högre än de yngre sitt. Om detta avspeglar ett reellt förhållande eller har att göra med en systematisk självöver-skattning hos de äldre, har inte kunnat bedömas. Se figur 8:1 på föregående sida.

INFLYTANDE OCH TID SOM ORDFÖRANDE. Personer som varit förvaltningsutskottets ordförande en förhållandevis längre tid vänta-

FIGUR 8: 2. *Inflytande och tid som ordförande.*



INFLYTANDET ÖVER BUDGETEN

des ligga högre i bedömningen av sitt inflytande än de som varit ordförande bara en kortare tid. Svaren pekar också i denna riktning för samtliga de tolv områden som har bedömts. Skillnaderna är särskilt framträdande för ny- och ombyggnadsverksamheten samt datautrustning. Se figur 8: 2 (sid. 149).

INFLYTANDE OCH HELTIDSENGAGEMANG. Anser heltidsengagerade ordförande sig ha större inflytande än icke heltidsengagerade? Det antogs att så skulle vara fallet. När undersökningen gjordes, fanns heltidsengagerade FU-ordförande i 10 av landets 25 landsting.

Antagandet visade sig stämma för elva av de tolv bedömda områdena. Särskilt i frågor om sjukhusets drift framträder skillnaden, vilket framgår av figur 8:3 (sid. 151). Inflytandet över personalens storlek, övriga driftutgifter, vårdens kvalitet samt lagerhållning bedöms vara påfallande mycket högre av de heltidsengagerade.

INFLYTANDE OCH TID SOM LANDSTINGSMAN. Det antogs vidare att de FU-ordförande som varit ledamöter i landsting under längre tid skulle bedöma sitt inflytande högre än de som varit med kortare tid. Gränsen för kortare tid sattes vid 1947, och till den gruppen hör 14 av de 25.

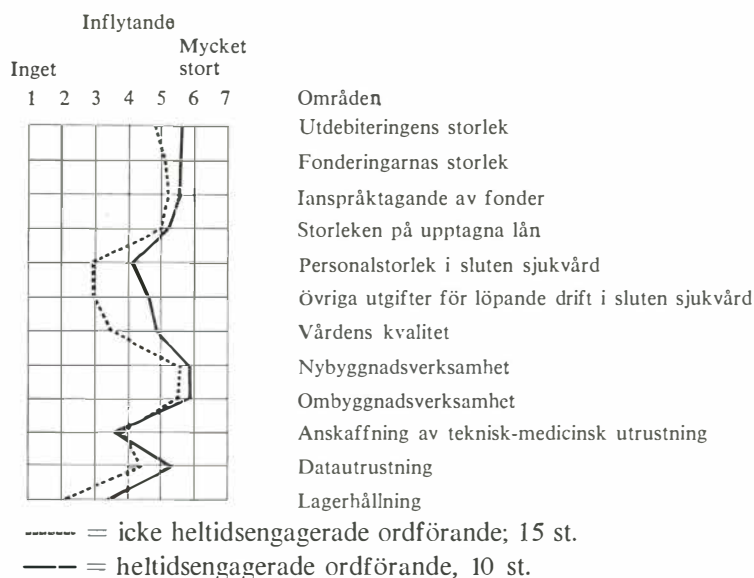
Antagandet visade sig inte stämma. Det är endast på två områden, nämligen i fråga om vårdens kvalitet och anskaffning av teknisk-medicinsk utrustning, som de med 20 års erfarenhet i landsting låg högre än de med kortare erfarenhet. Se figur 8: 4 (sid. 151).

Några kommentarer

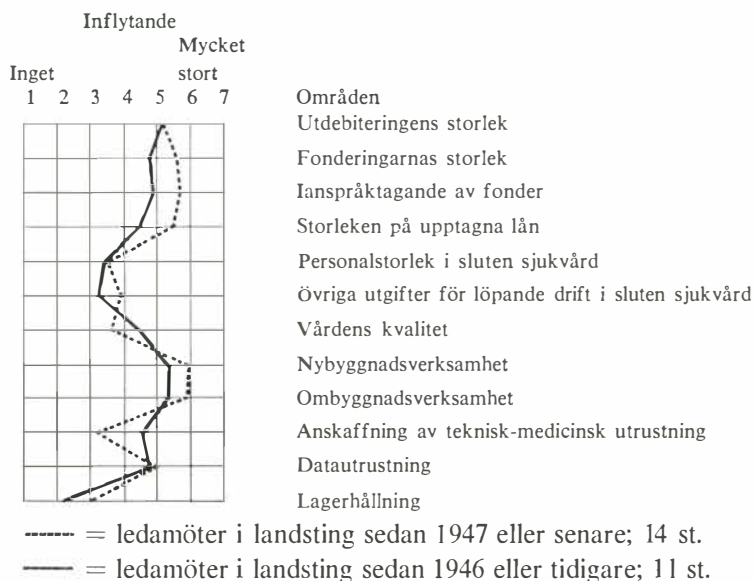
I kommentarer till bedömningarna låter FU-ordförandena sina normer och erfarenheter spåras. Här återges några:

”Vi har aldrig sneplat för mycket på skattedragarna.” — ”Om jag och landstingsdirektören är överens, går ärendena igenom.” — ”En lekman kan inte göra sig gällande, när han inte behärskar det här. Man kan över huvud taget inte diskutera med läkare. Jag kan det i alla fall inte.” — ”Vi snålar inte.” — ”Landstinget skall vara

FIGUR 8:3. *Inflytande och heltidsengagemang.*



FIGUR 8:4. *Inflytande och tid som landstingsman.*



positivt till experiment.” — ”Människorna är vårt dyrbaraste material. De skall ges den ypperligaste vården.” — ”Ingen läkare skall behöva flytta från oss för att han inte fick de verktyg han ville ha.” — ”Man säger inte nej till en klinikchef.”

Inflytandet inom landstingsfria städer och staten

Framställningen har hittills bara gällt inflytandet inom landstingen. I det följande skall inflytandet inom de landstingsfria städerna och inom statsförvaltningen behandlas.

De folkvaldas inflytande

Följande fråga ställdes: ”*Vilket inflytande anser Ni att de folkvalda har på budgetens realinnehåll?*” Svartalternativen var ”Mycket stort”, ”Ganska stort”, ”Ganska litet” och ”Mycket litet”. Här liksom inom landstingen kunde man anta, att ju mer avlägsna två befattningskategorier var från varandra i den formella hierarkin, desto större inflytande skulle den ena anse att den andra hade. Överläkaren väntas således bedöma de folkvaldas inflytande högre än ledande förtroendemän bedömer sin egen grups inflytande.

TABELL 8: 4. *Bedömningen av de folkvaldas inflytande inom landstingsfria städer och staten, procentuell svarsfördelning.*

	Över- läkare N = 15	Sjukhusad- ministratörer N = 12	Chefs- tjänstemän N = 8	Ledande för- troendemän N = 10
Mycket stort	53	33	12	20
Ganska stort	27	17	25	40
Ganska litet	7	25	25	30
Mycket litet	7	25	25	10
Inget svar	7	0	12	0

Överläkarna anser liksom ovan inom landstingen att de folkvalda har ”Mycket stort” inflytande. Medan procentsatsen är 53

för överläkarnas val av alternativet "Mycket stort", var den endast 33 på landstingsidan. Det är chefstjänstemännen, alltså de som i sitt dagliga arbete har mest att göra med de ledande förtroendemännen som har lägsta procentsatsen (12 procent) för detta alternativ. Det uppställda antagandet har således fått ett visst stöd.

Sjukhusledningens inflytande

Liksom inom landstingen har svarsalternativet "Mycket stort" för sjukhusledningens inflytande över budgetens realinnehåll i högre grad valts av sjukhusadministratörerna än av någon annan grupp. 33 procent av sjukhusadministratörerna har stannat för detta alternativ. Det följs av de ledande förtroendemännen, av vilka 30 procent har valt detta alternativ. Läger man samman svarsalternativen "Mycket stort" och "Ganska stort", finner man 100 procent av de ledande förtroendemännen i denna grupp mot 92 procent av sjukhusadministratörerna. Det är chefstjänstemännen som kommer lägst i sin bedömning av sjukhusledningens inflytande. Man observerar också att inte någon har bedömt sjukhusledningens inflytande som "Mycket litet".

TABELL 8: 5. *Bedömningen av sjukhusledningens inflytande inom landstingsfria städer och staten, procentuell svarsfördelning.*

	Över- läkare N = 15	Sjukhusad- ministratörer N = 12	Chefs- tjänstemän N = 8	Ledande för- troendemän N = 10
Mycket stort	13	33	0	30
Ganska stort	47	58	25	70
Ganska litet	33	8	63	0
Mycket litet	0	0	0	0
Inget svar	7	0	12	0

Överläkarnas inflytande

Inom landstingen var överläkarna den grupp som i högre grad än andra ansåg läkarinflytandet över budgetens realinnehåll vara

”Mycket stort”. Som framgår av tabell 8:6 nedan gäller detta inte inom det urval överläkare från landstingsfria städer och staten vilket ingår i undersökningen. Där är det i stället så att överläkargruppen kommer lägst i sin bedömning av överläkarnas inflytande. Den högsta bedömningen av överläkarinflytandet svarar i stället chefstjänstemännen för. De ledande förtroendemännen, som ursprungligen antogs ha den högsta bedömningen av läkarinflytandet över budgeten, kommer på andra plats.

TABELL 8:6. *Bedömningen av överläkarnas inflytande inom landstingsfria städer och staten, procentuell svarsfördelning.*

	Över- läkare N = 15	Sjukhusad- ministratörer N = 12	Chefs- tjänstemän N = 8	Ledande för- troendemen N = 10
Mycket stort	20	25	50	40
Ganska stort	27	25	38	40
Ganska litet	40	33	0	10
Mycket litet	7	17	0	0
Inget svar	7	0	12	10

Politikernas och tjänstemännens beslut

Det hävdas i statsvetenskaplig litteratur att två grundläggande funktioner gör sig gällande i all offentlig verksamhet. Den första innebär ett uttryck för det allmännas vilja eller med andra ord utövandet av politik. Den andra är verkställighet eller administration av denna vilja. Valet av mål har ofta ansetts vara de folkvaldas uppgift, medan valet av medel och verkställigheten har ansetts höra till tjänstemannanivån.

Inte minst under de senaste decennierna har statsvetenskapliga författare menat att en gräns mellan politiska och administrativa beslut inte längre kan upprätthållas. Specialisternas ökade betydelse har nämligen skapat en ny situation. Detta får konsekvenser inte minst för de folkvaldas beslut.

Var skall gränsen dras, om den traditionella uppdelningen i

målangivelse och utförande inte längre utgör en rimlig skiljelinje mellan politikernas och tjänstemännens verksamhetsfält?

Den amerikanske statsvetaren och ekonomen Herbert Simon¹ har föreslagit att "beslutsförloppen" indelas i två komponenter, en huvudsakligen värderande och en huvudsakligen faktamässig. Då den värderande komponenten överväger, kan vad som är ett "riktigt" eller ett "felaktigt" beslut endast avgöras med hjälp av subjektiva bedömningsskalor. Då den faktamässiga komponenten överväger, finns större möjligheter till "objektiv" bedömning. Om en fråga skall avgöras av politiker eller tjänstemän bör enligt Simon bero på den betydelse den faktamässiga komponenten har i förhållande till den värderande. Värderingsfrågorna lämnas till politikerna, medan faktafrågorna skall avgöras av tjänstemännen. Kontroversiella frågor bör dock lämnas till politikerna för avgörande.

Får den "faktamässiga" komponenten allt större betydelse på bekostnad av den värderande i det moderna samhället? Om så skulle vara fallet, är tiden kanske mogen för en omprövning av budgeten som politiskt instrument.

¹ Simon, H. A., *Administrative behavior*. New York (1947) 1957.

9 Decentralisering av ekonomiska beslut

Vilken grad av centralisering och decentralisering bör tillämpas? Frågan har en framträdande plats i den allmänna diskussionen om hur man uppnår effektivitet inom en komplicerad organisation. I föreliggande kapitel behandlas några aspekter som har intresse från budgetsynpunkt, t.ex. befogenheten att substituera ett anslag med ett annat samt sjukhusledningens och klinikledningens handlingsfrihet i ekonomiska frågor.

Eftersom sjukhusen formellt använder detaljbudget, är det intressant att se hur man då upplever de begränsningar denna medför för handlingsfriheten. Förekommer det med andra ord något tryck från det lokala sjukhuset för att få en högre grad av klumpbudget? Som har sagts i kapitel 3 och 4 får de lokala organen större befogenheter i ekonomiska frågor vid klumpbudget än vid detaljbudget. Därigenom medför klumpbudget en högre grad av decentralisering än detaljbudget.

Den handlingsfrihet som den lokala nivån önskar kan väntas stå i relation till de beslut det gäller. En fråga har därför ställts: Inom vilka områden önskar överläkare och sjukhusadministratörer större handlingsfrihet?

Som bekant tar det tid att fatta beslut. Är läkarna villiga att anslå tid för de ekonomiska beslut som en större handlingsfrihet skulle medföra?

När beslut decentraliseras, ökar den centrala ledningens anspråk på kontroll. Är man på lokalt håll medveten om sambandet mellan decentralisering och kontroll?

Att disponera belopp inom en viss ram

Följande fråga ställdes: "Vad anser Ni om följande påstående: 'Budgetsystemet bör ge dem som fattar beslut inom sjukhuset större frihet än nu att disponera belopp inom en viss ram för de ändamål de anser lämpligast?'" Svartalternativen var "Instämmer starkt", "Instämmer i viss mån" och "Instämmer inte".

Det kunde antas att personer på sjukhusnivån, dvs. överläkare och sjukhusadministratörer, skulle ställa sig mera positiva till påståendet än personer på central nivå. Nämnda befattningskategorier skulle ju få större handlingsfrihet vid en sådan förändring. Svaren fördelar sig på följande sätt i procent.

TABELL 9: 1

<i>Landstingen</i>	Över- läkare N = 30	Sjukhusad- ministratörer N = 27	Landstings- direktörer N = 26	FU-ord- förande N = 25
Instämmer starkt	50	67	19	16
Instämmer i viss mån	20	15	38	36
Instämmer inte	30	19	42	48
Inget svar eller andra svar	0	0	0	0

TABELL 9: 2

<i>Landstingsfria städer och staten</i>	Över- läkare N = 15	Sjukhusad- ministratörer N = 12	Chefs- tjänstemän N = 8	Ledande för- troendemen N = 10
Instämmer starkt	47	92	50	25
Instämmer i viss mån	33	0	10	37
Instämmer inte	13	8	40	37
Inget svar eller andra svar	7	0	0	0

Antagandet om skillnader mellan lokal och central nivå har visat sig vara riktigt för landstingens del. Det är särskilt sjukhusadmi-

nistratörerna, framför allt i de landstingsfria städerna och vid de statliga sjukhusen, som har varit positiva till påståendet. FU-ordförandena är däremot mest negativa till påståendet.

Kommentarer

En överläkare säger: ”I princip är jag mycket positiv. Men man får komma ihåg att vi läkare inte är utbildade ekonomer. Användningen av beloppen bör ske i samråd med sjukhusledningen.” Han pekar också på att en decentralisering kräver långsiktiga planer.

”Jag instämmer oerhört starkt”, säger en annan överläkare. ”För min del tycker jag att det riktiga vore att få gå in på ett klinikanslag. Då skulle vi kunna spara.” — ”Det vore bra att inte behöva gå in på en specerinota utan få förtroende”, säger en tredje överläkare. Man pekar också på att budgetarbetet går för långsamt. — ”Det tar ibland orimligt lång tid att få avgörandena.”

De överläkare som inte har instämt i påståendet ger varierande motiv. En säger: ”Vi föredrar att bortse från kostnaderna.” — ”Det är inte aktuellt för vårt landsting”, säger en annan. Hans motiv delas av flera: ”Vi får all teknisk apparatur vi behöver och nästan all den personal vi begär. Vi bör inte ha så stora slantar i våra händer.” En tredje påpekar att behovet av ”friare ramar” beror på hur smidigt samarbetet är. ”Situationer kan tänkas, då överläkaren behandlas överlägset och administrationen stoppar äskandena i lådan. Men jag kan inte klaga. Ofta får jag saker bums, när behovet uppstår, bara om jag ger motiv. Är det knivigare än här, behövs det nog.” Som illustration nämndes, att sjukhuset hade fått in flera patienter med bröstskador. Då var det inte svårt att utan dröjsmål få fler respiratorer.

En sjukhusadministratör motiverar sitt starka instämmande på följande sätt: ”Vi begär t.ex. tre tjänster och får två. Den som vi inte får är kanske den mest behövliga. Men det är klart, att det också är en fördel att själv slippa den besvärliga sitsen att avgöra vilka två avdelningar som skall få sitt begärda tillskott och vilken som inte skall få.”

En landstingsdirektör säger: ”Det skulle bli kluddigt, om de

bara skulle få en rund summa. Däremot är det galet att de skall ha 171 kr och 80 öre till en viss sak.” — ”I och för sig är det önskvärt”, säger en annan landstingsdirektör. ”Det kunde kanske ge vissa resultat, om flertalet klinikchefer fick en summa att röra sig med. Men den bör tas till i underkant, så att de får välja och vraka. Då måste FU ha ett rundligt anslag till sitt förfogande. För under året kan ju situationer uppstå, när något måste läggas till.” — ”Det har aldrig gjorts någon närmare granskning av överskridandena. Det finns inte anledning att gå utöver nuvarande ordning”, säger en tredje. En fjärde, som till skillnad mot de tre citerade instämmer starkt, säger: ”Vi agerar så. Men även formellt bör det vara så.”

FU-ordförandena, som genomgående är kritiska till påståendet, motiverar ofta mycket klart sin negativa inställning. En säger: ”Det är en känslig fråga som är aktuell för oss. Vi förtroendemän är tillsatta för att bedöma ramarna. Inom en viss ram bör de inom sjukhuset få handla. Det finns ju decharger. Men det finns risk för missbruk. De reserverar. Blir det överskott, vaknar de och vill förbruka det.” Andra FU-ordförande menar att styrningsmöjligheten för FU skulle minska eller att FU och landstinget som helhet skulle få mindre möjlighet att följa detaljer.

Flera menar att man redan nu tillämpar metoden. ”Jag förutsätter att man har den möjligheten redan nu”, säger en. En annan FU-ordförande säger: ”Vi tillämpar det. Först när totalbudgeten har överskridits behöver man gå till FU. Det är bara vissa saker som är bundna.” Ett annat motiv för att inte instämma är att man har god kontakt med sjukhusen. En FU-ordförande menar att ”folk är så olika”. Om man kunde ta genomsnittet av alla, skulle det nog gå. Vissa får man hålla i rocken. En del bör inte ha större frihet än de tar sig i dag.” — ”Jag skulle utan vidare acceptera det, om vi hade folk som kunde klara det”, påpekar en annan FU-ordförande. ”Det är klart att de bör få köpa skurtrasor men inte en skurmaskin för 20 000 kr.”

Är sjukhusledningens befogenheter starkt begränsade?

Hur upplevs sjukhusledningens nuvarande befogenheter? De intervjuade har fått följande fråga: "Vad anser Ni om följande påstående: 'Befogenheten att fatta beslut om medelsanvändningen är i dag starkt begränsad för sjukhusledningen?'" Svartalternativen var "Helt riktigt", "Inte helt riktigt" och "Oriktigt". Det antogs att underordnade befattningskategorier uppfattar sina beslutsbefogenheter som mera begränsade än deras överordnade gör.

Svaren fördelar sig på följande sätt (procentuell fördelning).

TABELL 9:3

<i>Landstingen</i>	Över- läkare N = 30	Sjukhusad- ministratörer N = 27	Landstings- direktörer N = 26	FU-ord- förande N = 25
Helt riktigt	43	11	27	28
Inte helt riktigt	10	15	15	16
Oriktigt	43	70	58	56
Inget svar eller andra svar	3	4	0	0

TABELL 9:4

<i>Landstingsfria städer och staten</i>	Över- läkare N = 15	Sjukhusad- ministratörer N = 12	Chefs- tjänstemän N = 8	Ledande för- troendemen N = 10
Helt riktigt	53	33	25	30
Inte helt riktigt	13	33	13	10
Oriktigt	20	33	50	20
Inget svar eller andra svar	13	0	13	40

Materialet lämnar inte något stöd för det uppställda antagandet då det gäller landstingen. I stället är det så att den närmast berörda gruppen, sjukhusadministratörerna, till största delen anser påståendet oriktigt.

Inom landstingsfria städer och staten finner en något större andel chefstjänstemän än sjukhusadministratörer att påståendet är oriktigt. Där finns således ett visst stöd för antagandet. Bland ledande förtroendemän har fyra avstått från att besvara frågan. De har sagt att de inte visste tillräckligt om hur det går till i praktiken för att kunna svara.

Kommentarer

Det är endast ifråga om inrättande av tjänster, lönesättning och kapitalkrävande nyanskaffningar som den ekonomiska begränsningen tycks upplevas mera påtagligt. Vid flera sjukhus existerar en ram för oförutsedda kapitalutgifter. I något fall är den 50 000 kr, vid andra sjukhus större, exempelvis 150 000 kr (beloppen gäller 1966 års budget). Vid ett sjukhus fanns tidigare ett anslag till direktionens förfogande om 350 000 kr. "Det var alldeles utmärkt", säger sjukhusadministratören. "Men det försvann. Nu skall allt gå den nådiga tågordningen."

En av sjukhusadministratörerna ger följande motiv för att anse påståendet oriktigt: "Vårt landsting har inte en sådan administrativ apparat att det kan binda sjukhusledningarna. Man håller på med centraliseringsåtgärder. Men om sjukhusledningen känner sig starkt begränsad eller ej beror på hur den är funtad, alltså om den vill ta ett ansvar och handla eller om den inte vill det. Personligen vill jag hellre få den fingervisningen att jag har handlat för fritt än att jag inte har handlat alls. En intressant fråga är lönekinesernas krav på att lönegrader skall hållas kontra sjukhuslagens krav på bästa möjliga vård. Själv har jag gett högre lönetillägg ibland för att få en bra person." En annan administratör säger: "Trots uppdelningen på anslag har vi någorlunda stor frihet att överskrida anslag där så är befogat."

En sjukhusadministratör, som anser påståendet vara helt riktigt, påpekar att han har en fastslagen rätt att "själv ta utgifter på upp till 3 000 kr per gång utan att samråda". I jämförelse med den frihet för inventarieanskaffning som han skulle vilja ha är befogenheten ändå starkt begränsad, menar han.

Är klinikledningens befogenheter starkt begränsade?

Motsvarande fråga har också ställts för klinikledningens del. Den löd: "Vad anser Ni om följande påstående: 'Befogenheten att fatta beslut om medelsanvändningen är i dag starkt begränsad för klinikledningen?'" Svartalternativen var även här "Helt riktigt", "Inte helt riktigt" och "Oriktigt".

Den procentuella svarsfördelningen framgår av nedanstående tabell.

TABELL 9: 5

<i>Landstingen</i>	Över- läkare N = 30	Sjukhusad- ministratörer N = 27	Landstings- direktörer N = 26	FU-ord- förande N = 25
Helt riktigt	47	22	38	44
Inte helt riktigt	10	15	27	24
Oriktigt	43	59	35	28
Inget svar eller andra svar	0	4	0	4

TABELL 9: 6

<i>Landstingsfria städer och staten</i>	Över- läkare N = 15	Sjukhusad- ministratörer N = 12	Chefs- tjänstemän N = 8	Ledande för- troendemän N = 10
Helt riktigt	53	58	13	40
Inte helt riktigt	13	17	25	0
Oriktigt	20	25	25	20
Inget svar eller andra svar	13	0	38	40

Tabell 9: 5 visar att knappt hälften av de intervjuade klinikcheferna (dvs. överläkarna) inom landstingen ansåg att deras befogenheter att fatta beslut om medelsanvändningen var starkt begränsade. En nästan lika stor del har rakt motsatt uppfattning.

Genomgående har läkarna frihet att ordinera mediciner, bestämma vilka prover som skall utföras, besluta om extravak och fatta andra beslut för den löpande medicinska verksamheten utan någon som helst ekonomisk begränsning.

Sjukhusadministratörerna inom landstingen anser till stor del att påståendet är oriktigt. "Läkarna gör som de vill, och sen får kostnaderna bli vad de blir", säger en sjukhusadministratör. En administratör, som har ansett påståendet helt riktigt, har i sin tur påpekat, att läkarna måste ha ett godkännande från sjukhusledningen när det gäller inköp.

Beträffande chefstjänstemän och ledande förtroendemän inom landstingsfria städer och staten observeras att en stor grupp inte gett några svar. Motiven som har lämnats innebär att de inte känner sig hemmastadda inom området.

Man kan konstatera att sjukhusadministratörerna inom och utom landsting har svarat olika. De som står utanför landsting anser oftare att påståendet är helt riktigt.

Vid en jämförelse mellan å ena sidan tabellerna 9:3—4 och å andra sidan tabellerna 9:5—6 finner man en stark överensstämmelse i svaren från det lokala planet. Speciellt gäller detta överläkarna. Detta skulle kunna tolkas så att svaren återspeglar hur man rent allmänt ser på sin situation i förhållande till de centrala instanserna.

Områden där större självständighet önskas

Om sjukhusadministratörer och överläkare anser sin handlingsfrihet kringskuren, måste nästa fråga till dem bli denna: "*Kan Ni ange några områden där Ni anser det vara rationellt att Ni självständigt finge fatta beslut inom en viss anslagsram men där överordnades tillstånd för medelsanvändningen nu fordras?*"

Av de 27 sjukhusadministratörerna från landstingen har 17 angett önskade områden för självständiga beslut, medan nio inte har angett sådana. En har inte svarat på frågan. Av tolv i motsvarande befattningskategori från landstingsfria städer och statlig sjukvård har nio angett och en inte angett områden. Två har inte svarat.

Av 30 överläkare från landstingen har 19 angett och 11 inte angett önskade områden för självständiga beslut. Motsvarande siffror för överläkare från landstingsfria städer och staten är 11 respektive 3. En har avstått från att svara.

De områden som oftast har nämnts är investeringar, lönesättning för personal, inrättande av tjänster, förhyrning eller köp av tjänster i utbyte mot personal, rätt att temporärt omdisponera personal samt studieresor.

Sjukhusadministratörernas synpunkter

Skillnaden har ofta framhållits mellan å ena sidan de formella reglerna, som anses vara byråkratiska, tungrodda och förlegade, och å andra sidan den praxis, som har utbildats. ”Om ett operationsbord går sönder, måste vi formellt skriva till förvaltningsutskottet och få tillstånd för inköp av ett nytt. Det tar två månader. Visserligen ordnas det snabbt tjänstemannavägen, men vi borde också formellt få det förtroendet”, säger en sjukhusadministratör.

”Man skall ha stor frihet. Att få använda löneanslag för att köpa maskiner vore bra”, säger en annan administratör. ”Avtalen binder för starkt”, säger en tredje. ”Man kan inte premiera dem man vill, även om det finns läkare som betalar sina sekreterare och mottagningssköterskor under bordet.” Men andra administratörer anser det vara skönt att lönerna är bundna av arbetsmarknadsavtal och således inte utgör en tvistefråga. När det gäller inrättande av nya tjänster påpekas från ett håll att de formella bestämmelserna om medgivande kan kringgå på ett för sjukhuset hanterbart sätt genom att vikariatsanslaget utnyttjas. En sjukhusadministratör önskar att fritt få arbeta med inkomster som skapas under året.

Överläkarnas önskemål

”Ett problem är att om man inte handskas med egna pengar, vill man gärna betala mer. Annars skulle jag nog vilja ange lönerna själv för min personal”, säger en överläkare. En annan överläkare säger: ”Det borde finnas ett årligt anslag om 5 000—10 000 kr, och inom den ramen skulle man självständigt få bestämma om resursanvändningen. Ett rektoskop kan t.ex. gå sönder och behöva ersättas. Ofta ringer man till administrationen, och så ordnas det. Men det kan finnas instrument som är av annat slag där det inte

går lika enkelt.” ”Om vi märker att vi behöver köpa ett instrument, får vi göra det genom att utnyttja andra konton”, säger en överläkare inom ett landsting. En överläkare vid ett undervisningssjukhus säger att viss apparatur som skulle ha tagit 1½ år att få på vanligt sätt, kunde skaffas genom att man använde forskningsanslag i stället.

En kollega vid ett annat undervisningssjukhus är kritisk mot administratörernas ”inblandning”. Han säger: ”I avvägningen inblandas i dag osakkunniga administratörer. Jag har lagt ner dagar och veckor på att försöka förklara för de osakkunniga hur det ligger till. De kallar till sammanträden. Så funderar de. Så sammanträden igen. Ett tiotal sammanträden har ägt rum på senare tid utan att något har hänt. Det borde finnas ett anslag för klinikchefen för inköp av apparatur och anställande av extrapersonal för saker som man själv anser bäst. Det borde också ges möjlighet att få flytta dörrar, väggar etc. inom kliniken.”

Liknande synpunkter har några andra överläkare framfört:

”Utsliten apparatur borde snabbt få ersättas av klinikchefen i stället för via administrationen. Reparationsarbeten borde få beställas av klinikchefen. Jag ville också se en smidigare personalanskaffning.” — ”För nyinköpen hade jag velat ha en summa. Vi överläkare borde också ha något mer att göra med personalfrågorna. Jag är ansvarig för om en bondpiga sticker hål på ändtarmen på en patient som hon ger lavemang. Men jag har inget att göra med anställningen av henne.”

Här följer några andra överläkarsynpunkter:

”Jag begärde ett halvt skrivbiträde extra. Att inte få henne skulle betyda att jag hade fått minska min egen arbetsinsats med 20 procent för att jag inte fått journalerna skrivna.” — ”Vi har en mycket duktig befattningshavare som bjuds två lönegrader mer på ett annat håll. Vi borde få rätt att fatta beslut om uppflyttning någon lönegrad för skickliga anställda, för konkurrensens och effektivitetens skull.” — ”Läkares resor till kongresser med bibehållen lön är en fråga som överläkarföreningen tillsammans med sjukhusledningen borde få besluta om. I dag ligger besluten på förvaltningsutskottet.” — ”Beträffande läkemedel har vi helt fria händer att

ordinera vad vi själva vill. Men det finns andra, inte alls så dyrbara områden, där vi är begränsade. Det kan gälla t.ex. en sug, en decubitusmadrass eller en hjärtsäng. Det kan vi inte ordinera. Anskaffning av utrustning upp till 1 500 kr borde vi få göra själva. Vi arbetar ändå under ansvar." — "Vi får i stort sett allt vi begär. Men anslagen till kongresser och förkovran är alltför begränsade." — "Man tycker att det man själv köper är klokt men inte alltid det som kollegerna skaffar. Om en sak skall köpas som kostar mer än 400 kr, måste vi i dag gå till direktionen. Gränsen borde höjas. Men vi är inte föremål för någon detaljgranskning." — "Behovet beror mycket på vilken basorganisation man har. Finns en adekvat personaluppsättning och en adekvat utrustning, kan man klara sig med en liten ram." — "Det är en mycket kvistig fråga", säger en överläkare vid ett mentalsjukhus. "Säg att det gäller motionsredskap för en avdelning. Kan jag köpa dem förmånligt? Nej. Men det kan administrationen. Tag ett annat område. Här kommer det in patienter som är fullständigt medellösa. De behöver pengar till litet röka. Det finns inte anslag för ändamålet. Patienterna borde få pengar till det. Kuratorerna hade tidigare något sådant anslag, men det kom bort efter en revision. Några hundra kronor per år borde räcka. Många gånger lämnar man själv och får igen sedan, t.ex. för interurbansamtal."

Bland överläkare som inte har angett områden märks en rädsla för att slöseri skulle bli följden av en sådan ordning. "Det är en absurd tanke att vi skulle ha större handlingsfrihet i exempelvis personalärenden. Det finns också risk för småinköp utanför den centrala upphandlingsfunktionen", säger någon. En annan överläkare, som samtidigt är styresman, menar att sjukhusledningen alltid bör pröva frågorna. Risken är att det annars "växer upp historier parallellt på de olika klinikerna". Han anger som exempel att två laboratorier av ett viss slag, det ena på forskningsbasis, har etablerats vid sjukhuset. Han nämner vidare, att en maskin för bortåt 200 000 kr vid ett tillfälle "slank igenom". Maskinen fungerade inte. Man har lagt ner tiotusentals kronor på att få igång den. Skall ramar ges, bör de lämnas till direktionen, menar han.

Klumpbudgeten och överläkarnas tidsanvändning

Som redan har påpekats tar det tid att fatta beslut, och därför kan man fråga om de överläkare som är positiva till ökad handlingsfrihet också är beredda att ge avkall på tid för andra uppgifter till förmån för budgetarbetet.

Något mer än varannan av de intervjuade 45 överläkarna anser, att deras tid vid en klumpbudget skulle användas mindre rationellt än för närvarande. En av tio menar att tidsanvändningen skulle bli ungefär som nu och var fjärde att den skulle bli mer rationell. Här följer några reaktioner inför tanken på en övergång till klumpbudget:

— ”Det skulle vara väldigt belastande. Jag är tacksam att slippa det arbetet.” — ”På det hela taget skulle tidsanvändningen nog bli mindre rationell än nu, även om det hade fördelen att jag skulle slippa överbud och falska motiv.” — ”Det är helt orimligt. Vi har ju en administration inom sjukhuset. Vi läkare bör slippa dessa spörsmål.” — ”Det vore farligt. Skilda läkare är så olika förstående i ekonomiska frågor. Större anslag måste därför gå centralt. Vi får faktiskt nu köpa t.ex. operationsutrustning, bara vi säger till. Men det skulle vara otänkbart att 200 000 kr skulle få användas hur som helst.” — ”Samtidigt tror jag att man skulle sätta sig mer in i frågorna och lägga ner mer tid åt dem, om man hade större handlingsfrihet.” — ”Det vore en lättnad. Det är svårt att förutse vad man behöver långt i förväg. På landstingskansliet glömmar man ofta bort att leveranstiden på vissa maskiner och instrument är mycket lång. Ibland kan man dock beställa en maskin så att man får den till påseende, intills dess att landstinget har hunnit fatta beslut.” — ”Då skulle vi få ett större ansvar och mer arbete. Men det är ett ansvar som måste tas. Vi skulle använda resurserna bättre.”

Behövs ökad kontroll?

När den löpande driften decentraliseras, leder detta vanligen till krav på ökad kontroll. Följande fråga ställdes: "Vad anser Ni om följande påstående: 'Budgetsystemet bör förse sjukhusets administration med bättre underlag än nu för kontroll?'" Svartalternativen var "Instämmer starkt", "Instämmer i viss mån" och "Instämmer inte". Man kunde anta att överläkarna, som i särskild grad skulle drabbas av kontrollen skulle ge mindre positiva svar än övriga. I tabellerna 9:7 och 9:8 märks också stora olikheter i svaren mellan överläkare och andra grupper. Svaren återges i procent.

TABELL 9:7.

<i>Landstingen</i>	Över- läkare N = 30	Sjukhusad- ministratörer N = 27	Landstings- direktörer N = 26	FU-ord- förande N = 25
Instämmer starkt	17	67	69	48
Instämmer i viss mån	20	22	15	8
Instämmer inte	60	11	15	32
Inget svar eller andra svar	3	0	0	12

TABELL 9:8

<i>Landstingsfria städer och staten</i>	Över- läkare N = 15	Sjukhusad- ministratörer N = 12	Chefs- tjänstemän N = 8	Ledande för- troendemen N = 10
Instämmer starkt	20	58	63	40
Instämmer i viss mån	27	25	37	40
Instämmer inte	40	17	0	0
Inget svar eller andra svar	13	0	0	20

Överläkarna och kontrollen

Överläkarna har som väntat varit mycket kritiska. — ”Nej gud-bevaremejväl. Men medicinkostnaderna är ofta väl höga”, säger en och fortsätter: ”Själv gör jag en medicinsk statistik som jag tycker ger möjligheter till jämförelser mellan olika år. Men den innehåller inga kostnadsdata.” Sjukhusets administration kan inte kontrollera att medicinförbrukningen är rimlig eller att sjuksköterskornas tid har använts på rationellaste sätt, framhåller flera överläkare. Men beloppen för apoteksräkningarna följs ofta regelbundet för varje klinik. Hur stor åtgången av olika förbrukningsartiklar är för skilda avdelningar kan man se i förrådets redovisning. Det är bättre att appellera till allmän sparsamhet än att gå in för en långt driven kontroll. Behovet av kontroll tycks skifta med den person som står i ledningen, säger man. ”Administrationen har svällt tillräckligt. Den har ökat sin personal snabbare än någon annan del inom sjukhuset”, menar en överläkare. ”Som styresman drar jag mig inte för att säga ifrån när det gäller en förbrukning, som inte är rimlig. Men det förklungar i de flesta fall ohört.”

En överläkare vid ett undervisningssjukhus säger: ”I våra petita ingår motiv för de nyanskaffningar som begärs. Vanligen sägs de vara ’oundgängligen nödvändiga’. Men naturligtvis är inget oundgängligen nödvändigt. Sjukhusledningen väljer och vrakar i mycket hög grad. De har redan i dag en ganska stor möjlighet till kontroll.” — ”Här har det förekommit vissa stölder och en viss överförbrukning. Men jag tror att det är risk för parkinsonism med mera kontroll”, säger en kollega. En annan överläkare gör följande kommentar: ”Det finns kontroll, men den är inte framåtriktad. Det gäller också vår medicinska redovisning. Vi vill som resultat ha en frisk, arbetsför människa eller en människa som inte har ont. Vi anger om patienten är förbättrad, oförbättrad eller död. Vi opererar, vi sänder hem patienterna. Men sedan vet vi inget mer om dem.”

En annan överläkare har i sammanhanget framfört starka önskemål om en ökad kontroll av den medicinska behandlingen. Hur det medicinska arbetet utförs är mycket en kynnessak, menar han och fortsätter: ”Om en klinikchef är det minsta släpphänt, kan hans

sex underläkare ha sex olika arbetssätt.” Det finns också de som ryggar tillbaka inför tanken på inblandning: ”I och för sig vore det bra att veta vårdtiderna på andra ställen. Men risken är då att administrationen lägger sig i vårdformen.”

Åsikten har också framförts att ”den säkerhetssynpunkt som ligger bakom administrationens arbete — rädslan att någon skall ta deras pengar — gör det hela tungrott. De underordnade tjänstemännen vågar inte ta något eget ansvar. Sjukhusdirektören hinner inte med, när alla frågor av betydelse skall gå via honom.”

En överläkare, som instämmer i viss mån i påståendet, säger: ”Jag har inget emot att någon talar om för mig vad sjukhuset kostar. Inte heller har jag något emot att lämna information. Men jag vill inte ha upplysning om vad det *får* kosta.” En kollega säger: ”I princip ja. Men man kan fråga hur mycket jobb som det är lönt att lägga ner på den punkten.” En tredje överläkare med samma svarsalternativ som de båda sistnämnda tycker att man borde vända på resonemanget och säga att ökad kontroll skapar möjlighet för ett bättre budgetsystem.

En överläkare, som har varit starkt positiv till påståendet, säger: ”Det är väl ingen budget när man får överskrida den hur mycket man vill.” En till påståendet lika positiv överläkare säger: ”Vi läkare är inte ointresserade av sådana frågor men inkompetenta.”

Sjukhusadministratörerna och kontrollen

Sjukhusadministratörerna, som visade sig särskilt intresserade av att budgetsystemet ger bättre underlag än nu för kontroll, har ofta utförligt beskrivit sina försök att få ett grepp om kostnaderna. En säger: ”Motsättningen mellan medicinsk och administrativ funktion beror på att läkaren tror att vi bara vill spara. Kostnaderna för blodgivning exempelvis rakar i höjden från 100 000 till 300 000 kr. Man talar med vederbörande överläkare om orsaken. Där tas kanske upp 10 flaskor blod. Då förstörs det blod som inte används. Vi införde rullande kylskåp. På det sparade vi 100 000 kr. Om man följer upp orsaken till kostnadsstegringarna, blir den medicinska sidan intresserad av förhållanden som kan innebära besparingar. Det

kan gälla arkivering av film, journaler osv. Från den medicinska sidan ser man alldeles för ofta administrationen som den byråkratiska kontrollanten.” — En annan sjukhusadministratör säger: ”Vad jag vill ha är en redovisning som ger underlag för att ta upp en diskussion med klinikcheferna. Att ta upp en diskussion i september året efter, dvs. när driftbokföringen kommer fram, är inte särskilt fruktbart. Jag vill ha fram snabbare material.”

Flera sjukhusadministratörer säger sig vilja ha en sammanställning över kostnaderna för likvärdiga sjukhus i landet som helhet. Socialstyrelsens årliga kostnadssammanställning anses inte vara särskilt användbar för den saken, eftersom siffrorna är inaktuella och därför ointressanta när de kommer. Man tror att 25—40 procent av patienterna är långvårdsfall men beklagar att man inte vet hur många av vårddagarna som hänför sig till denna kategori. En sjukhusadministratör säger vidare: ”Om jag säger att medicinen har höga kostnader i jämförelse med kirurgin, invänder de att vi har så speciella förhållanden. Om jag säger att medicinska kliniken vid ett annat sjukhus har de och de kostnaderna, säger de: ’Vad säger du!’ ”

En administratör, som inte instämmer i påståendet, säger sig ha erfarenhet av att arbetsstudier ger mer. En annan med samma attityd till frågan säger: ”Vill jag ha kontroll, gör jag det när jag vill.”

Några sjukhusadministratörer har sagt sig vara missnöjda med de tafatta men kostnadskrävande försöken med databehandling av administrativa rutiner. Det sades t.ex.: ”Databehandlingen fördröjer våra möjligheter till ekonomisk kontroll. Två gånger i månaden kommer finansrapporter med tre veckors eftersläpning. När vi hade maskinbokföring vid sjukhuset, kunde vi omedelbart se hur ställningen var. Nu får vi in fakturorna och kollar dem här. Sedan sänds de två gånger i månaden till landstingets kansli. De går vidare för bearbetning. Listorna kommer hit, och postgiroutbetalningarna skrivs ut. Räkningarna, listorna och postgirobeskeden kommer, och här får vi kontrollera att alla fakturor är med. Spårade man något på övergången? Vi tycker inte om att vara utan fakturor i 2—3 veckor. Det som är mest arbetskrävande är konteringen, som vi får klara själva. Det är besvärligt att slå sida upp

och sida ner i datalakan. För att få överblick måste vi föra en kas-sabok vid sidan om. Därmed är man tillbaka i det gamla systemet.”

De centrala beslutsnivåerna och kontrollen

En landstingsdirektör, som påpekar att kontroll kan bestå av många olika saker, säger: ”Jag har ofta vänt mig till medicinprofessorer jag känner och frågat: ’Är det rimligt att vi gör så och så? Är det bättre att repliera på universitetskliniker än att bygga eget?’ I en del fall har jag fått uttalanden som är så auktoritativa, att vi har kunnat utgå från dem. Men ofta blir resultatet av förfrågningen att läkarna egentligen borde ha begärt mycket mer.” — Han fortsätter: ”En del läkare är mycket effektiva och visar goda resultat. Andra är mindre effektiva. Vi kan inte säga, om vi tar två likartade kliniker, att den ene klinikchefen jobbar så, medan den andre inte är lika bra, och därför kan vi inte ge den sistnämnda så mycket. Det kunde annars vara fördelar med att ge *en* klinik mycket goda resurser medan andra får sämre. Men det går inte. Det bevakas mellan sjukhusen att inget lasarett får mer än något annat. Ta som exempel antalet sjuksköterskor på vårdavdelning. Ett sjukhus visar att det finns skäl att öka från 2½ till 3. Då säger de andra nästa år, att nu skall vi också ha 3. Personalorganisationerna är vaksamma. Man jämför inom landstinget oftare än mellan landstingen. När det däremot gäller antalet läkare, ser man på landet i stort.”

En annan landstingsdirektör säger: ”Mycket hänger på hur läkare och sjuksköterskor sköter medicin osv. På ett av våra sjukhus finns många unga läkare som vill experimentera. De gör av med mycket mer medicin än man gör på andra sjukhus. Vissa röntgenläkare menar att det räcker med få, medan andra vill ha många röntgenbilder. Det enda man kan göra är att peka på hur mycket andra gör av med.”

Flera tillfrågade har också betonat att överläkarna inte har tillräcklig utbildning i ekonomiska frågor.

En förtroendeman säger: ”Det är en marig fråga. Vad som skulle vara väldigt väsentligt vore att till oss knyta personer med medicinska kvalifikationer i samband med budgetarbetet. Vi har kon-

sulter, men de är bundna och vågar varken säga bu eller bä. Man skulle önska en mera enhetlig bedömning vid t.ex. nybyggnader. Nu är det ofta så, att överläkarens önskemål måste man ta en jåkla stor hänsyn till. Jag är inte glad för nivellering men man borde sträva efter en likartad standard i hela landet. Man får betala för den enskilde klinikchefens tycke och önskemål.”

”Vi har redan nu ett gott underlag genom att varje landstingsman är med i någon direktion eller något utskott”, säger en FU-ordförande. ”Kontrollen är vårt enda vapen. Men det är allt lite kineseri i vår driftstatistik.”

Överläkarnas skrivarbete

Det talas ofta om att överläkarna är överlastade med pappersarbete. I vilken mån gäller detta ekonomiska rapporter? Vilka attityder har överläkare och andra till de ekonomisk-administrativa arbetsuppgifterna?

Denna fråga ställdes: ”Vad anser Ni om följande påstående: ’Skrivning av ekonomiska rapporter tar för mycket av läkarnas tid i förhållande till den nytta rapporterna medför?’” Svarsalternativen var ”Instämmer starkt”, ”Instämmer i viss mån” och ”Instämmer inte”. Med ekonomiska rapporter förstås anslagsäskanden, attesteringar av räkningar etc.

Svaren fördelar sig procentuellt på följande sätt:

TABELL 9:9

<i>Landstingen</i>	Över- läkare N = 30	Sjukhusad- ministratörer N = 27	Landstings- direktörer N = 26	FU-ord- förande N = 25
Instämmer starkt	10	7	12	24
Instämmer i viss mån	3	19	15	12
Instämmer inte	84	74	61	44
Inget svar eller andra svar	3	0	12	20

TABELL 9:10

<i>Landstingsfria städer och staten</i>	Över- läkare N = 15	Sjukhusad- ministratörer N = 12	Chefs- tjänstemän N = 8	Ledande för- troendemen N = 10
Instämmer starkt	20	8	0	0
Instämmer i viss mån	0	0	10	12
Instämmer inte	73	92	20	25
Inget svar eller andra svar	7	0	70	63

Många cheftjänstemän och ledande förtroendemen har inte velat uttala sig i frågan. Tabellerna visar något överraskande att överläkarna själva i mycket stor utsträckning inte instämmer i påståendet. Inom landstingen anser däremot ungefär en tredjedel av förtroendemännen — mot 13 procent av överläkarna — att läkar-
nas tid tas för mycket i anspråk av sådant. Det vore intressant att veta vad som ligger bakom svaren, men bristande tid har omöjliggjort en sådan undersökning.

Hur bör budgeten specificeras?

I kapitel 3 presenterades fyra alternativ för budgetens specificering, nämligen kostnadsslagsbudget, kostnadsställebudget, programbudget och prestationsbudget. De konkreta exemplen återgavs på sid. 44, 46, 48 och 55. De intervjuade har ombetts att rangordna dem med hänsyn till deras lämplighet som beslutsunderlag. Den följande tabellen visar vilka budgettyper som av de olika svarsgrupperna fått den högsta rangordningen. Då summan av procentsatserna är högre än 100, har mer än ett alternativ placerats på högsta plats.

Man får komma ihåg att de tillfrågades praktiska erfarenheter av de olika budgetsificeringarna varierar. Det är dock inte det traditionellt tillämpade alternativet, kotsnadsslagsbudget, utan kostnadsställebudget som fått den högsta placeringen. Man observerar särskilt förtroendemännens positiva bedömning av kostnads-

TABELL 9:11. Vilken specificeringstyp i budgeten rangordnas högst? Procentuell svarsfördelning.

	Över- läkare N = 45	Sjukhusad- ministratörer N = 39	Landstings- direktörer och chefs- tjänstemän N = 34	FU-ordförande och andra le- dande förtro- endemen N = 35
Kostnadsslags- budget	18	21	15	20
Kostnadsställe- budget	49	36	53	71
Programbudget	11	26	18	6
Prestationsbudget	22	13	18	6
Inget svar	4	5	0	0

ställebudgeten. Gruppen landstingsdirektörer och andra cheftjänstemän har relativt sällan gett kostnadsslagsbudgeten den högsta rangordningen. Programbudget har rangordnats relativt högt av sjukhusadministratörerna, men även landstingsdirektörer och andra cheftjänstemän har varit relativt positiva till detta alternativ. Den lägsta placeringen av programbudgeten — liksom av prestationsbudgeten — svarar de folkvalda för.

Det bör dock nämnas att inte mindre än 37 procent av de folkvalda har rangordnat prestationsbudgeten näst högst.

Kommentarer till budgetsificeringarna

”80 procent av kostnaderna kommer på kostnadsslaget löner. Därför sätter jag kostnadsslagsbudgeten främst”, säger en FU-ordförande. Liksom flera av sina kolleger är han rädd för att ett annat budgetsystem skulle ge förtroendemännen sämre förutsättningar att kontrollera kostnaderna. Denna uppfattning går stick i stäv mot vad som hävdas av dem som strävar efter reformer i budgetspecificeringen.

När det gäller kostnadsställebudgeten har vissa tillfrågade gått längre än till det uppsatta alternativet och förordat en budget som

finfördelas på klinikens olika avdelningar. Andra är skeptiska redan mot att uppdelas kostnaderna per klinik. En överläkare säger: "Risken med kostnadsställebudgeten är att en ambitiös klinikchef försöker skjutsa över patienterna till grannen."

Flera sjukhusadministratörer som principiellt har varit intresserade av programbudgetalternativet har samtidigt varit rädda för den press på sjukhusledningen som kan bli följden. Starka krav från många håll kan leda till konflikter när man har en begränsande ram, inom vilken man får hushålla. "Sjukhuset är inte ett dragspel. Det är inte lätt att göra förändringar på kort sikt."

"Vi kan inte bara ha stora klumpar", säger en folkvald förtroendeman som kommentar till programbudgetalternativet. Liksom flera landstingsdirektörer anser han att detta är ett alldeles felaktigt alternativ. — "Riskerna är för stora. Man har blivit bränd med åren", säger en chefstjänsteman.

De positiva har bl.a. pekat på att man här får budgeten redovisad på ett sätt som gemene man kan förstå. Flera sjukhusadministratörer har också tilltalats av tanken på en inte närmare specificerad ram, inom vilken chefens befogenheter skulle få utövas. Flera anser att den förutsätter större administrativa resurser än i dag på sjukhuslednings- och programnivå.

Prestationsbudgeten har blivit mest kommenterad. Inte så få bedömare säger att den teoretiskt vore att föredra. Den arbetsbörda som den väntas medföra har emellertid gjort att flertalet kommentarer går i negativ riktning. "Det kan vara svårt att differentiera om exempelvis hyperkolestremi skall vara en ämnesomsättnings-sjukdom eller en hjärt- och kärlsjukdom", säger en överläkare. Eftersom kombinationer av olika sjukdomsgrupper är vanliga, försvåras en renodling som detta alternativ förutsätter. För läkare och för ett forskningsråd vore den intressant, säger man.

"Jag kan inte påverka att det kommer in flera hjärtpatienter. Vad jag vill veta är hur de områden ser ut där jag kan styra kostnadsutvecklingen. Vad som är viktigt är t.ex. personalrörligheten, likaså att få inblick i personalsammansättningen inom sjukhusets olika enheter och på andra ställen än här", säger en överläkare.

"Som intellektuell lekstuga är prestationsbudgeten rolig, men

slutsatserna är svåra att dra”, säger en landstingsdirektör. En kollega menar att en sådan budget inte är genomförbar. Risken att både förtroendemän och tjänstemän drunknar i ett överflöd av information har berörts i flera svar. ”När handlingarna till ett sammanträde väger ett halvt kilo, fordras en hel del för att man skall kunna läsa dem”, säger en annan landstingsdirektör.

En FU-ordförande menar att prestationsbudgeten skulle ha en väsentlig fördel genom att tala om hur mycket t.ex. TBC minskar och allergierna ökar i fråga om beläggningen.

Vissa anser att det är föga givande att tala om kostnader, om ansvar i samband därmed och om ekonomisering, om man inte samtidigt talar om prestationer. Frågan är vad man får för pengarna. Den ökade möjligheten till avvikelseanalys som prestationsbudgeten ger har också bedömts som viktig.

När det gäller effektivitetsmått är överläkarna betydligt mera skeptiska än sjukhusadministratörer och landstingsdirektörer mot att man använder vårddagkostnaderna vid jämförelser mellan sjukhus. En överläkare säger: ”Har man liten press på sjukhusets resurser, kan man ta in lätta utredningsfall och sådana patienter som egentligen inte borde tas in. Det betyder kort genomsnittlig vårdtid. När däremot pressen är våldsam, tar man bara in de svåraste fallen. Då blir lätt medelvårdtiden lång. Frågan är om man skall behandla 4 000 patienter halvbra eller 2 000 patienter helbra. Väljer man de 4 000 blir medelvårdtiden kort”, säger han. ”Det intressantaste är hur många patienter som botas av dem jag tar in på mina vårdplatser. Det vet jag inte själv, när året är slut.”

Frekvensen av arbetstyngande diagnoser är ett mått på arbetsbördan. Men man bör se diagnoserna i relation till vilken personal de är arbetskrävande för. En hjärnblödning är t.ex. tung för biträden och sjuksköterskor men inte för läkaren. Hjärtsjukdomar ger däremot mycket arbete för läkarna, framhåller en läkare. Ett poängsystem som ger uttryck för hur arbetskrävande olika diagnoser är har efterlysts av flera överläkare. De fortlöpande förändringarna i etiketteringen av sjukdomar och i behandlingsmetoder sägs dock försvåra jämförelser mellan olika tidsperioder.

En FU-ordförande säger följande om resursavvägningen: ”När

läkarna kongressar, säger den ene till den andre: 'Hur många vårdplatser har du?' — 'Jag har 60.' — 'Jaså, bara 60. Jag har 90.' Så vill den andre också ha 90. Med det följer fler underläkare, mera vårdpersonal och högre kostnader. Om en överläkare har 90 vårdplatser men vill ha och får 180 i stället, kan jag svära på att han snart har fullbelagt på alla 180. Här har många patienter långt hem, och därför läggs de in. Det är en ond cirkel." Här hjälper det inte mycket med budgettekniska finesser, menar han. "Vi måste hitta på ett system att få läkarna med oss."

10 Planering på längre sikt

Långsiktsplanering är en ganska ny företeelse i Sverige, och den akademiska undervisningen i ämnet är fortfarande tämligen blygsam. I korta drag syftar långsiktsplanering till att kartlägga handlingsalternativ och utveckla handlingsberedskap för oväntade situationer.

Flerårsplaneringens fördelar

De 153 intervjuade personerna tillfrågades vilka väsentliga fördelar och nackdelar en flerårsplanering kunde ha. Man bör ha i minnet att ämnet som sådant är relativt nytt och att de tillfrågade över lag har haft en relativt snäv föreställningsram beträffande innebörden av begreppet planering. Att man tagit osäkerheten som ett argument mot långsiktsplanering tyder på detta.

Några fördelar med långsiktsplanering

”Att bara ha ettårsplanering borde faktiskt betraktas som rent tjänstefel”, säger en landstingsdirektör. Vilka är då fördelarna med flerårsplanerna? Genomgående nämns möjligheterna till en stabilare skattepolitik av de intervjuade befattningskategorierna. Finansieringen underlättas över huvud taget, anser FU-ordförandena. Utgiftssidan kan regleras i förhållande till de möjligheter som ges på intäktssidan. Större överraskningar undviks. Man får större säkerhet. Arbetet ställs i ett vidare perspektiv, och en viss styrning erhålls. Även om prognoserna inte stämmer, är de ökade möjligheterna till styrning en fördel. Betydelsen av samordning mellan

sluten och öppen vård skulle uppmärksammas på ett annat sätt än i dag, förklarar FU-ordförandena.

Landstingsdirektörerna anförde bl.a. följande. Rätt använd kan flerårsbudgeten dämpa överdriven ambition. Tidigare anser man sig ha famlat i mörker, men nu är det dags att tänka om. ”Vi har inte gjort tillräckligt på landstingssidan. Om man tänkte på flerårsperspektivet när man förde fram motioner på politiskt håll, skulle man bli mer ekonomisk och försiktigare, få ett ökat kostnadsmedvetande. Det vore nyttigt inte minst för sjukhusintendenterna. Deras mål har varit att hålla sig inom ramen för budgeten, inte att vara effektiva.” — ”Det stora spöket på väggen är driftkostnaderna, inte investeringarna. Genom flerårsplaneringen målar man ett mene tekel över sina ansträngningar att hålla kostnaderna nere.”

I sjukhusadministratörernas svar märks bl.a. dessa synpunkter: ”Man skulle kunna utveckla sina ambitioner bättre och kanske förverkliga planerna snabbare. Men samtidigt skulle man kanske avskräckas från en del projekt på grund av de enorma kostnaderna. Jag tror att utvecklingen skulle bli lugnare. Utvidgningarna kommer nu ofta stötvis.” — ”Det skulle tvinga till en mera målmedveten planering. Det är däremot tvivelaktigt om det är en metod att stoppa kostnadsökningarna.” — ”Man skulle tvingas att skärpa sig på ett annat sätt. Nu är det lätt att skjuta på en sak till nästa år.” — Administratörerna påpekar också fördelar med hänsyn till de sociala anordningarna för personalen — bostadsproduktion, barndaghem etc. — där man önskar en tidigare planläggning än nu.

”Vi har väl aldrig tänkt närmare på det”, säger en överläkare. ”Men jag tror det skulle vara bra. Ur utbildnings- och annonseringssynpunkt vore där fördelar. Finge man reda på vilka ekonomiska möjligheter som gavs för t.ex. fyra år, skulle nog planeringen bli klokare. Nu köper man gärna för att inte medlen skall frysa inne.”

De överläkare som har betonat flerårsplaneringens fördelar har påfallande ofta fört fram de ekonomiska aspekterna. En av dem säger: ”Det skulle bli billigare med en ordentlig planering, så vi

inte behövde dras med provisorier." En av hans kolleger anser: "För vårt sjukhus har det varit förfärligt dåligt med prognoser, innan man satte i gång att bygga. Jag har efterlyst prognoser beträffande hur mycket personal vi skall behöva. Syftet skulle vara att slippa tomma avdelningar som vi nu nästan ständigt har."

Svårigheter vid flerårsplanering?

Vilka är de största svårigheterna vid en flerårsplanering? "Man vet inte vad som kommer att önskas", säger en FU-ordförande. En lönerörelse kan förrycka bilden. Den medicinska utvecklingen anses svårbedömbär. Överläkare nämner som exempel biokemi och röntgenteknik. Innovationerna kommer snabbt: cardiovertern, nya operationsbord och kometnyheter i fråga om cystoskopiutrustning. Risken är att man binder sig på ett sätt som hämmar utvecklingen.

"Det går inte att flerårsplanera för kliniken med den snabba tekniska utveckling vi har. Vi vet i dag inte vad som kommer att finnas på engångsmarknaden om ett halvår. I dag är det så, att vad vi begär med starka motiv alltid går igenom, nästan hur fort som helst." Överläkaren bakom påståendet menar att det är en ordning som han inte gärna vill ändra.

Personalsituationen kan vara svår att överblicka för mer än ett år, menar flera överläkare. En säger fortsättningsvis: "Vi vet heller inte särskilt mycket hur de andra lasaretten i länet fungerar. Ibland får vi ta hand om de andra lasarettens folk." — "Redan ett år är ofta en alltför lång tid att planera för. Det är omöjligt att över huvud taget tänka sig en längre planering än nuvarande." Detta är en uppfattning som flera överläkare har framfört.

"Det som en överläkare begär ett år är omodernt, när det är aktuellt att köpa det. Då har det kommit nya apparater som är bättre och dubbelt så dyra", menar en sjukhusadministratör. "Det kommer fram toppenbra grejer, autoanalyser osv. De kostar, men de ger möjligheter."

Skall man vara bunden av en flerårsplanering, måste det gälla en relativt stillastående verksamhet, menar man. "Här har vi en

väldig press på oss att expandera så mycket som möjligt”, säger en landstingsdirektör. En annan landstingsdirektör säger: ”Det är svårt att bedöma skatteutfallet. Prognoserna som gäller flera år går ner mot slutet, eftersom fantasin ebbar ut mot slutet av perioden.” Med nuvarande rörliga penningvärde, menar man vidare, att en årlig justering under alla omständigheter måste ske. Sjukhusadministratörerna påpekar att man troligen skulle underskatta kostnaderna i en flerårsplan. Man menar också, att en flerårshorisont skulle kräva mycket mera undervisning och överläggning än i dag. Från psykologisk synpunkt kan det vara riskabelt med en planering som slår mycket fel, anser både folkvalda och sjukhusadministratörer.

Redan nu får man ofta överblicka relativt långa tidsperioder, menar några överläkare. Leveranstiderna är ibland långa. Man säger sig kunna få vänta upp till två eller tre år, när det gäller vissa maskiner och verktyg. Njurklinik och intensivvård nämnes som aktuella exempel på områden, där planering på längre sikt tvingas fram.

Skepsis mot flerårsplanering

”En flerårsplanering kräver en klump för oförutsett, säger en överläkare. Hans motiv är: ”Vi läkare har våra intressen som vi odlar. Vi har våra hobbies.” Det vore inte lyckligt att försöka ändra på den ordningen, menar han.

I flerårsplanerna gör man ofta arbeten som man inte har någon nytta av. Planerna blir gamla, och man måste göra nya. Kostnaderna får vägas mot fördelar på andra håll i planeringen, menar en FU-ordförande. ”Om inte de nya synpunkter som ständigt kommer fram är en nackdel, så är de i alla fall en besvärlighet.”

Den största risken är att man litar för mycket på sin flerårsplan, menar en FU-ordförande. En landstingsdirektör anser att den största risken ligger i att man försöker gardera sig i god tid då det gäller personal. ”Då kanske man tar till väl mycket”, menar han. Vanligen har dock landstingsdirektörerna synpunkter som går i mot-

satt riktning. Flerårsplaneringen kan leda till restriktivitet i annars önskvärda åtgärder, eftersom man gärna underskattar inkomstsidan. Det merarbete som kan följa av att prognoserna eventuellt inte visar sig hålla, får man ta, menar de.

”Bra för andra”

Inom samtliga befattningskategorier finns en grupp som har en principiellt positiv inställning till flerårsplaneringen. Samtidigt anser den dock att den främst skulle vara bra för andra, inte i samma grad för dem själva. Motiven varierar. En FU-ordförande säger: ”Man tänker i alla fall automatiskt ungefär 5 år fram i tiden.” En landstingsdirektör menar att ”det är de statliga regleringarna och inte vår långtidsplanering som håller styr på vår ekonomi och expansion”. — ”Eftersom vi närmar oss taket för de kommunala utgifterna, måste det vara viktigt ur huvudmannens synpunkt med flerårsplanering. Men för sjukhuset är det ingen fördel”, säger en sjukhusadministratör. En av hans kolleger säger: ”Om klinikcheferna fick planera över flera år, skulle man tvinga fram en mera ekonomisk syn.” Överläkarna har ibland sina kolleger i åtanke, när de svarar. ”Om läkare över lag visste vad en flerårsplanering är, skulle de bli mer kostnadsmindet”, säger en av dem.

Förändringarna i sjukhusets organisation kan göra det besvärligt att flerårsplanera, menar en överläkare: ”Vi håller t.ex. just nu på att få centralsterilisering. Det påverkar givetvis vad klinikererna behöver skaffa.”

En sjukhusadministratör säger: ”Man måste komma ihåg, att varje överläkare har sina specialintressen. Bli det byte på en överläkartjänst, kan verksamheten få en ny inriktning. En bindning över flera år är därför riskabel.”

”Det finns väldigt många faktorer som vi inte vet något om”, säger en FU-ordförande som motiv till att man inte gått in för någon egentlig flerårsplanering. ”Tag t.ex. riksdagsbeslutet att vi skulle ta över ambulansverksamheten. Det kostade oss en miljon. Härom året beslöt man centralt att vi skulle ge semesterersättning om sju procent till läkarna även på deras privata inkomst från de

öppna mottagningarna. Eller Landstingsförbundet säger att det skall vara en speciell person som sköter ambulanserna, och således att de inte bör skötas i samarbete med brandkåren. För några år sedan ville vi ge en viss medicin fritt. Till att börja med var anslagen 40 000 kronor per år. Men efter några år var vi uppe en bra bit över miljonen.”

Förhandlingssituationen vid löneförhandlingarna kan försvåras genom de antaganden som görs i planerna, menar en FU-ordförande. Landstingets handlingar är offentliga. De planer och prognoser som spikas får vem som vill ta del av. Industrins flerårsplaner är däremot inte mer offentliga än industrin själv vill.

Bör budgetsystemet ge större möjlighet till långsiktig planering?

I undersökningen har följande fråga ställts: ”Vad anser Ni om följande påstående: 'Budgetsystemet bör ge större möjlighet än nu för långsiktig planering?'” Svartalternativen var ”Instämmer starkt”, ”Instämmer i viss mån” och ”Instämmer inte”. Det kunde antas att den centrala nivån, representerad för landstingens del av FU-ordförande och landstingsdirektörer, oftare än den lokala nivån (överläkare och sjukhusadministratörer) skulle ställa sig positiva till påståendet. Motivet för antagandet är att det närmast är den centrala nivån som bär ansvaret för den övergripande planeringen. Svaren fördelar sig enligt följande procenttal.

TABELL 10: 1

<i>Landstingen</i>	Över- läkare N = 25	Sjukhusad- ministratörer N = 27	Landstings- direktörer N = 26	FU-ord- förande N = 25
Instämmer starkt	43	67	65	56
Instämmer i viss mån	17	15	12	28
Instämmer inte	37	19	23	16
Inget svar eller andra svar	3	0	0	0

TABELL 10:2

<i>Landstingsfria städer och staten</i>	Överläkare N = 15	Sjukhusadministratörer N = 12	Chefstjänstemän N = 8	Ledande förtroendemän N = 10
Instämmer starkt	33	25	63	60
Instämmer i viss mån	27	33	12	20
Instämmer inte	27	42	25	20
Inget svar eller andra svar	13	0	0	0

Materialet lämnar inte stöd för antagandet om skillnader mellan centrala och lokala nivåer inom landstingen. Vi finner att sjukhusadministratörerna i högre grad än andra instämmer starkt i påståendet (67 procent), tätt följda av landstingsdirektörerna (65 procent). Om båda de positiva svarsalternativen "Instämmer starkt" och "Instämmer i viss mån" läggs samman, är det FU-ordförandena som är mest positiva (84 procent) följda av sjukhusadministratörer (82 procent) och landstingsdirektörer (77 procent). Det bör nämnas att det bland FU-ordförandena och landstingsdirektörerna är de som i sina landsting inte har gjort några nämnvärda försök att flerårsplanera som är mest negativa till påståendet.

Överläkarna är jämförelsevis minst positiva till påståendet. De väljer svarsalternativet "Instämmer inte" i nästan lika hög grad som "Instämmer starkt" (37 mot 43 procent).

I svaren från landstingsfria städer och staten uttalar sig den centrala nivån, dvs. chefstjänstemän och ledande förtroendemän, positivt om långsiktsplanering i betydligt högre grad än den lokala nivån, dvs. överläkare och sjukhusadministratörer. Här, till skillnad mot i landstingen, ges alltså stöd för det uppställda antagandet.

Man finner en påfallande stor skillnad mellan uppfattningen hos sjukhusadministratörerna inom och utom landsting. De senare är betydligt negativare till flerårsplaneringen. I viss mån existerar en sådan skillnad också hos överläkarna inom, respektive utom landsting. Vad kan anledningen vara? Mindre gynnsamma erfarenheter av hittillsvarande långsiktsplanering i storstäderna? Mindre fak-

tiska möjligheter till flerårsplanering på grund av storstadsområdenas snabba expansion? Tillfredsställelse med den nuvarande planeringen?

Spelar det in att tre psykiatriska sjukhus utanför landsting ingår? I landstingsgruppen är psykiatrin inte representerad. En överläkare, psykiater, säger: ”Det är så många osäkra moment inom psykiatrin. Om vi tittar på det skutt framåt som fentiazinerna medförde under 50-talet och jämför med nuvarande stillestånd, förstår man att det kan vara riskabelt för oss att planera. Nya, epokgörande preparat kan komma.”

I gruppen utanför landsting ingår flera undervisningssjukhus med utvecklad forskning. ”Det är svårt att spå i framtiden när man är pionjär”, säger en kirurg, som gärna ser att budgetperioden ytterligare förkortas.

Kritik mot nuvarande planering

Bland kommentarerna från överläkare utanför landstingen märker man en starkare kritik mot samhällets nuvarande sjukvårdsplanering än bland landstingens överläkare. Det gäller särskilt några av de fem professorer som ingår i undersökningen. En av dem säger att ”den svenska sjukvårdsplaneringen är åt helvete. Vi fostrar läkarna till att vara läkare för slutna vård. Men det är i öppen vård de framför allt behövs.” Han efterlyser en långsiktig planering för sjukvården i stort, snarare än just för sjukhuset. Sjukhusets egna planer är han inte heller nöjd med. En generalplan för sjukhuset kan man sällan rucka på. Det betyder en stelhet som han anser olycklig.

Ökar viljan att ompröva tidigare anslag vid flerårsbudget?

Är det troligt, att benägenheten att ompröva tidigare anslag förändras om flerårsbudget skulle tillämpas?

För att klarlägga intervjupersonernas attityder ställdes följande

fråga: "Vad tror Ni att en flerårsbudget i jämförelse med en ett-årsbudget skulle få för verkan på benägenheten att kritiskt ompröva tidigare anslag?" Svartalternativen var "Större", "Oförändrad" och "Mindre benägenhet".

Svaren framgår av nedanstående procentuella fördelning.

TABELL 10:3

<i>Landstingen</i>	Över- läkare N = 30	Sjukhusad- ministratörer N = 27	Landstings- direktörer N = 26	FU-ord- förande N = 25
Större benägenhet	60	37	50	44
Oförändrad benägenhet	30	56	46	56
Mindre benägenhet	3	3	4	0
Inget svar eller andra svar	6	3	0	0

TABELL 10:4

<i>Landstingsfria städer och staten</i>	Över- läkare N = 15	Sjukhusad- ministratörer N = 12	Chefs- tjänstemän N = 8	Ledande för- troendmän N = 10
Större benägenhet	33	17	25	20
Oförändrad benägenhet	47	50	50	50
Mindre benägenhet	13	17	0	0
Inget svar eller andra svar	7	17	25	30

En stark övervikt finns för alternativet "Större benägenhet" i jämförelse med alternativet "Mindre benägenhet". Det är endast sjukhusadministratörerna utanför landstingen som lika ofta stannar för alternativet "Mindre benägenhet" som "Större benägenhet". Utanför landstingen överväger svartalternativen "Oförändrad". Fler överläkare inom landstingen och landstingsdirektörer har valt alternativet "Större benägenhet" än "Oförändrad".

De som har stannat för alternativet "Större benägenhet" har

ofta motiverat sin ståndpunkt med att de skulle bli försiktigare.

En av dem som har valt alternativet "Mindre benägenhet" menar att ettårsbudgeten medför revision oftare och därigenom också tätare omprövning. — En kommentar som flera tillfrågade har gjort är att andra faktorer än tidsperiodens längd har större betydelse för en omprövning av tidigare anslag.

En landstingsdirektör menar att benägenheten eller oviljan att ompröva inte får ses som ett ekonomiskt utan administrativt problem. "Pengar är det aldrig brist på. Att få tag på folk som kan göra kritiska bedömningar och analyser är värre."

Är benägenheten till omprövning viktig inom sjukvården? Som ovan nämndes finns det flera som har den uppfattningen men andra är skeptiska. En landstingsdirektör säger: "Det viktigaste är i alla fall att man kan resonera sig fram till ett handlingsprogram och nå enighet om besluten."

De folkvalda och flerårsperspektivet

Några frågor har ställts enbart till FU-ordförandena för att närmare kartlägga deras inställning till flerårsperspektivet. Den första av dessa frågor löd: "*Vad anser Ni om följande påstående: 'En flerårsplanering, som omfattar såväl löpande drift som nybyggnader och inventarieanskaffning, innebär en större fördel än en flerårsplanering som endast omfattar nybyggnader och inventarieanskaffning?'*" Tre svarsalternativ har erbjudits. 24 av 25 FU-ordförandena har besvarat denna och närmast följande två frågor. 21 valde alternativet "Instämmer helt", en "Instämmer i stort sett" och två "Instämmer inte".

Nästa fråga löd: "*Vad anser Ni om följande påstående: 'En flerårsplanering som omfattar landstingets hela verksamhet innebär en större fördel än en flerårsplanering som endast omfattar vissa av landstingets områden?'*" — 20 instämde helt, en instämde i stort sett och tre instämde inte.

Den tredje frågan har följande form: "*Vad anser Ni om följande påstående: 'En flerårsplanering i form av flerårsbudget innebär en*

större fördel än en flerårsplanering som inte fastslås på detta sätt'?"
— Sex av de 24 instämde helt, två instämde i stort sett och 16 inte alls.

Även om FU-ordförandena är positiva till flerårsplanering också för den löpande driften och även om man anser att denna bör gälla landstingets hela verksamhet, är man alltså rätt skeptisk till att låta denna bindas i form av en flerårsbudget.

De attityder som har framkommit vid frågorna om långsiktsplanering tyder på att om en sådan planering för sjukhusen skall kunna genomföras med någon framgång, måste den föregås av omfattande information. Att beordra folk att göra upp ekonomiska flerårsplaner utan att ge någon utbildning i ämnet skulle förmodligen visa sig ofruktbart.

11 Attityder till budgetsystemets syften

I kapitel 2 och 4 diskuterades budgetsystemets syften. Bland annat behandlades budgetsystemets uppgift som instrument för anslagsbeviljarnas avgöranden och för påverkan av anslagsäskarnas beteende, som kontrollinstrument och som hjälpmedel för prissättning av lämnade tjänster. Upplever de berörda parterna inom sjukvården dessa syften som väsentliga? Föreliggande kapitel är avsett att ge svar på denna fråga.

Budgetsystemet och anslagsbeviljarna

Närmast följer svaren på de frågor som anknyter till budgetsystemets syfte att utgöra instrument för anslagsbeviljarnas avgöranden.

Mera information till de folkvalda?

Följande fråga ställdes: ”Vad anser Ni om följande påstående: ’De folkvalda borde förse med mera information än nu om vad som händer inom sjukhuset?’” — Svartalternativen var ”Instämmer starkt”, ”Instämmer i viss mån” och ”Instämmer inte”. Man kunde anta att de folkvalda förtroendemännen skulle vara positivare än övriga till påståendet. Ökad information kan nämligen öka de folkvaldas inflytande över besluten.

Svaren fördelar sig procentuellt på följande sätt. (En landstingsdirektör och en FU-ordförande som bara sade sig instämma har förts till gruppen ”Instämmer i viss mån”).)

TABELL 11:1

<i>Landstingen</i>	Över- läkare N = 30	Sjukhusad- ministratörer N = 27	Landstings- direktörer N = 26	FU-ord- förande N = 25
Instämmer starkt	53	33	65	52
Instämmer i viss mån	20	37	19	24
Instämmer inte	17	30	12	24
Inget svar eller andra svar	10	0	4	0

TABELL 11:2

<i>Landstingsfria städer och staten</i>	Över- läkare N = 15	Sjukhusad- ministratörer N = 12	Chefs- tjänstemän N = 8	Ledande för- troendemen N = 10
Instämmer starkt	33	17	38	40
Instämmer i viss mån	20	17	25	20
Instämmer inte	33	58	25	40
Inget svar eller andra svar	13	8	12	0

Av tabellerna framgår att man genomgående är mindre positiv till påståendet utanför än inom landstingen. Landstingsdirektörerna är positivare än FU-ordförandena till påståendet. Utanför landstingen ligger de folkvaldas och chefstjänstemännens attityder nära varandra. Något stöd för det uppställda antagandet lämnar inte materialet.

Det är intressant att konstatera att sjukhusadministratörerna, oavsett huvudmannskapet, är minst positiva till påståendet.

Nuvarande information

Som exempel på former för information nämns föredragningslistor, handlingar som har utarbetats för sammanträden, muntliga föredragningar, protokoll, månatliga kassarapporter, tidskrifter och

informationsblad. På en del håll sägs informationen vara mycket omfattande, på andra håll däremot inskränkt till ett minimum.

Bristande intresse för information

Både överläkare och sjukhusadministratörer klagar över de folkvaldas ringa intresse för information. Kritiken är dock starkast hos sjukhusadministratörerna. Det är också den gruppen som mera sällan än andra instämmer starkt i påståendet (33 % mot 52 % för FU-ordförandena, vilka kommer närmast efter enligt tabell 11:1).

En sjukhusadministratör säger om förtroendemännen: "Det händer aldrig att de har något att erinra om." Tre sjukhusadministratörer säger att direktionsledamöterna har kommit med sina kuvert ouppsprättade till sammanträdena. — En administratör, som endast sänder föredragningslistan för direktionsens sammanträden, säger: "De vill inte ha bilagor och skit." En kollega säger: "De får mera information, om de vänder sig hit. Det har aldrig hänt att de gjort det." — "Ibland har man en obehaglig känsla av att de folkvalda inte vet vad de är med och beslutar om." — "Ordföranden är intresserad men inte de övriga i direktionen. De vill inte sitta så länge på sammanträdena."

"Att bara ösa ut information är meningslöst. I dag får de veta problemen. Vi går direkt på de punkter där det är aktuellt med förändringar", säger en annan sjukhusadministratör. En kollega till honom säger att man lägger ner stort arbete på att göra grafiska framställningar om beläggning, kostnader etc. till direktionsens sammanträden. Han anser sig vara pionjär i landet i detta avseende.

Personalfrågor och vissa inköp anses särskilt intressera de folkvalda, men deras detaljkunskap sägs ibland vara "förvrängd och besvärande". Diskussionen gäller alltför ofta detaljfrågor och alldeles för sällan principiella spörsmål. Några administratörer efterlyser "mer utbyte av information på bägge hållen".

En överläkare svarade bl.a.: "Vi har ibland strävat efter en sådan information för de folkvalda. Vi gick t.ex. igenom vilka patienter som var inlagda en viss dag och varför. Jag vet inte hur stort intresse sådana sammanställningar har, men jag tror att förtroende-

männen lär sig endast, när de själva är sjuka." En annan säger: "När vi ger information, använder de den inte." Som exempel anger han, att man sade nej till patienthotell och ja till en koboltkanon. En tredje överläkare säger: "I direktionen sades nyligen, att ärendena var så väl planerade, att ledamöterna inte hade något att säga till om."

"Det är diskutabelt om de skall få mer information", säger en fjärde överläkare: "Har man en kompetent sjukhusledning behövs det inte. Det är risk att de dränks i information. Samtidigt får man inte säga: 'Det angår Er inte.' Det är ett problem att realistiskt bedöma deras informationsbehov. Det är inte lätt för politiker att följa med. De har inte tid. Men de tillför oss väldigt mycket opinioner."

Några kommentarer till frågan från landstingsdirektörerna: "En kirurg som begär mer folk eller dyrbar utrustning bör tala om något fall, där det märkts att det saknats." — "Effektivaste sättet att få vara i fred än att dränka folk i information som de inte hinner läsa. Det är svårt att dra gränsen. Mycket beror på individen. En del fastnar i detaljer." — "De folkvalda bör vara intresserade även när det inte händer något skandalöst." Några hänvisar också till nyinrättade informationschefsbefattningar. Till dessa knyts vissa förhoppningar.

Risken att drunkna i information nämner också FU-ordförandena i sina kommentarer. En av dem som är skeptisk inför tanken på ökad information hänvisar till att handlingarna är offentliga. Vem som helst har tillgång till dem utom vad gäller enskilda patienter. "Men det ger inget, av praktiska skäl", säger en FU-ordförande uppgivet.

Flera FU-ordförande fäster stor vikt vid att man sänder ut allt material i frågor av större storleksordning till FU-ledamöterna. "Vi betalar ledamöterna för ett visst antal läsdagar per år, då de skall läsa in ärendena", säger en.

Att avgöra var nyttan är störst

Följande fråga ställdes: "Vad anser Ni om följande påstående:

ATTITYDER TILL BUDGETENS SYFTEN

'Budgetsystemet bör ge de folkvalda större möjlighet än nu att avgöra var nyttan av en anslagsökning är störst?'" Svartalternativen var "Instämmer starkt", "Instämmer i viss mån" och "Instämmer inte". Man kunde anta att befattningskategorierna skulle ha olika uppfattning i denna fråga, eftersom de har olika roller i budgetarbetet.

Svaren fördelar sig på följande sätt (procentuell fördelning).

TABELL 11:3

<i>Landstingen</i>	Över- läkare N = 30	Sjukhusad- ministratörer N = 27	Landstings- direktörer N = 26	FU-ord- förande N = 25
Instämmer starkt	23	59	69	52
Instämmer i viss mån	23	22	8	32
Instämmer inte	50	19	23	16
Inget svar eller andra svar	3	0	0	0

TABELL 11:4

<i>Landstingsfria städer och staten</i>	Över- läkare N = 15	Sjukhusad- ministratörer N = 12	Chefs- tjänstemän N = 8	Ledande för- troendemen N = 10
Instämmer starkt	20	42	75	60
Instämmer i viss mån	27	17	12	10
Instämmer inte	40	42	12	30
Inget svar eller andra svar	13	0	0	0

Överläkarna skiljer sig avsevärt i sin bedömning från övriga kategorier. De utgör den befattningskategori som är mest negativ till påståendet. Mest positiva är ledande tjänstemän i de centrala förvaltningarna. Samma tendens märks både inom och utanför landstingen.

Synpunkter på de folkvaldas bedömning av nyttan

Hur motiverar överläkarna sin ganska negativa inställning till påståendet? Några ser det som en utopi att budgetsystemet skulle kunna ge vägledning om var nyttan är störst. "Det kan budgeten aldrig ge", säger en överläkare omedelbart. En annan säger: "Det är omöjligt för de folkvalda att avgöra om det är rimligast med 30, 90 eller 150 000 kr i utrustning för en klinik. Vissa klinikers utrustning är så kostnadskrävande att en bedömning måste bli oerhört svår. Själv anser jag att en del av radioterapins resurser skulle göra större nytta på andra håll. Eller ta ett liknande problem: En halvt debil blödare kan kosta en miljon eller mer. Ingen politiker vågar röra vid detta." — En tredje överläkare säger: "Jag är rädd för styrning från politiskt håll."

Flera överläkare menar att de folkvalda har svårt att få grepp om nyttan. "Men om jag kan framlägga ett förslag om rationalisering som minskar personalbehovet, förstår de det, och likaså om väntetiden förkortas. De folkvalda litar på oss." Några menar, att en viss utbildning av politikerna borde förutsättas. Samtidigt pekar man på att "vi läkare granskar och jämför själva". En överläkare nämner att landstinget har en rådgivande läkare som kontrollerar äskandena.

Det finns också en mindre grupp som menar att de folkvalda redan nu har väldigt stora möjligheter. I stället borde specialisterna ges större frihet. En överläkare säger: "Det finns en del politiker som är upplysta. Men de går efter andra normer, nämligen partitaktiska. De vet bäst själva. Man kanske borde önska en upplyst despot."

Den fortgående specialiseringen inom medicinen framhålls som ett problem vid bedömningen. "Inte ens som läkare vet man vad ens kollegers önskemål innebär." De korta landstingsdagarna nämns också: "De folkvalda hinner inte penetrera ärendena."

Några av de relativt få överläkare som har instämt starkt i påståendet, ger följande motiv: "Nu har tjänstemännen på landstingskansliet skaffat sig alltför stor makt." — "Diskussioner med förtroendemän visar att de är väldigt okunniga." — "Jag vill understryka att de skall ha möjlighet att bedöma detta. Förtroendemän-

nen har inte gjort det sämre än någon annan grupp skulle ha gjort. Så länge vi inte har något bättre, får det tas.”

Ett viktigt problem är att bedöma vad t.ex. en högre läkartäthet per säng skulle ge. ”Det är väsentligt att få fram vad olika alternativ innebär”, säger en överläkare.

Bland sjukhusadministratörerna har de negativa givit de fylligaste motiveringarna för sin åsikt. Här följer några motiveringar: ”Det beror på vilken betydelse man tillmäter lekmannainflytandet. Principiellt är det riktigt, men de är amatörer. De flesta tittar inte i nuvarande handlingar.” — ”Var finner man denna goda cigarr? Politikerna måste bli ledda av förvaltningen. De har inte tid. De kan inte tränga in i problemen.” — ”Det är praktiskt taget omöjligt, eftersom sjukvården saknar möjlighet att kreditera sjukhuset för den nytta sjukhuset gör.” — ”Teoretiskt är det alldeles riktigt. Men det spelar ingen roll. De har inget intresse.” — ”Man förbluffas över att miljonbelopp så lätt går igenom, medan man hänger upp sig på något litet belopp.”

Några administratörssynpunkter i övrigt: ”Det är en önskedröm att få ’instämna starkt’. Men en annan fråga är *om* det kan ske och *hur*.” — ”Det dröjer, innan vi får så upplysta politiker.”

”Det får inte vara alltför mycket bokhållarglädje”, säger en landstingsdirektör. Han menar liksom flera av hans kolleger att det är ”ett fromt önskemål”. När läkarna säger, att de inte ansvarar för sjukvården, om de inte får det och det, är det svårt att ta ställning till nyttan. ”Det här måste kunna förenas med decentralisering”, säger en landstingsdirektör. En kollega menar att frågan är viktig, eftersom det är de förtroendevalda som ytterst bär ansvaret för besluten.

Hur ser de folkvalda själva, representerade av FU-ordförandena, på frågan? En av dem säger: ”När det gäller det löpande, är vi i händerna på läkarna, och vid nybyggen är vi i händerna på arkitekterna.” En annan i gruppen säger: ”Det här vill jag vända på. De förtroendevalda borde *skaffa sig* större möjligheter än nu att avgöra vad det ena och det andra alternativet innebär.” — Det finns också flera som menar att nuvarande system ger en hygglig möjlighet för dem att bedöma nyttan av anslagsökningarna.

Sjukhusens framtida andel av nationalprodukten

Mycket schablonmässigt kan man uppskatta den andel av nationalprodukten som sjukhusen kräver för sin verksamhet för år 1968, till ungefär fyra procent. Hur stor blir andelen i framtiden?

De intervjuade personerna har fått säga *vilket* av nedanstående fyra påståenden som bäst stämmer överens med deras uppfattning.

PÅSTÅENDE 1. "Anslagen till sjukhusens slutna vård bör avpassas så att den vård som ges är den bästa möjliga. Kostnaderna bör därvid spela mindre roll."

PÅSTÅENDE 2. "Anslagen till sjukhusens slutna vård bör avpassas så att den vård som ges är den bästa möjliga inom ramen för sjukvårdens totalanslag. Ökningar i sjukvårdens totalanslag i förhållande till nu, räknat i procent av nationalprodukten, är starkt befogade."

PÅSTÅENDE 3. "Anslagen till sjukhusens slutna vård bör avpassas så att den vård som ges är den bästa möjliga inom ramen för sjukvårdens totalanslag. Sjukvårdens andel av nationalprodukten bör hållas ungefär vid nuvarande nivå."

PÅSTÅENDE 4. "Anslagen till sjukhusens slutna vård bör avpassas så att den vård som ges är den bästa möjliga inom ramen för sjukvårdens totalanslag. I och för sig bör därvid hinder inte föreligga att sjukvårdens andel av nationalprodukten minskas."

Antagandena bakom frågan är följande. Dels förmodas överläkarna ha önskningsar om en större andel av den framtida nationalprodukten för sjukhusen än övriga befattningshavare. Motivet till antagandet är att överläkarna har en medicinsk expertroll men saknar ekonomisk utbildning. En expert kan lätt väntas övervärdera det egna området i förhållande till andra. Dels antas personer med högre levnadsålder ha önskningsar om större framtida andel av nationalprodukten för sjukhusen än personer med lägre levnadsålder. Motivet är att sannolikheten är högre att de äldre skall be-

höva ta sjukvård i anspråk än att de yngre skall behöva göra det under överskådlig framtid.

TABELL 11:5. *Sjukhusens framtida andel av nationalprodukten enligt svaren från landstingen, procentuell svarsfördelning.*

<i>Landstingen</i>	Över- läkare N = 30	Sjukhusad- ministratörer N = 27	Landstings- direktörer N = 26	FU-ord- förande N = 25
Påstående 1	23	30	12	32
Påstående 2	33	33	38	32
Påstående 3	30	15	23	28
Påstående 4	13	15	27	8
Inget svar	0	7	0	0

TABELL 11:6. *Sjukhusens framtida andel av nationalbudgeten enligt svaren från landstingsfria städer och staten, procentuell svarsfördelning.*

<i>Landstingsfria städer och staten</i>	Över- läkare N = 15	Sjukhusad- ministratörer N = 12	Chefs- tjänstemän N = 8	Ledande för- troendemen N = 10
Påstående 1	27	25	12	0
Påstående 2	40	50	38	60
Påstående 3	13	17	25	10
Påstående 4	13	8	12	20
Inget svar	7	0	12	10

Antagandet om överläkarna visade sig inte stämma. Av tabell 11:5 framgår att det är förvaltningsutskottets ordförande och inte läkarna som oftast har valt det första alternativet. Förvaltningsutskottets ordförande följs i sin bedömning närmast av sjukhusadministratörerna. Därefter kommer överläkarna, medan landstingsdirektörerna uppvisar de lägsta värdena.

Inom de landstingsfria städerna och staten föreligger ingen nämnvärd skillnad mellan överläkarna och sjukhusadministratörerna, då det gäller påstående 1. Ingen av de ledande förtroendemännen har valt detta alternativ.

I nedanstående tabell sammanställs svaren med hänsyn till de svarandes ålder.

Samtliga de 153 intervjuade personerna ingår i tabellen.

TABELL 11:7. *Ålder och val av påstående, procentuell svarsfördelning.*

	Under 50 år N = 50	50—59 år N = 67	60 år eller däröver N = 36
Påstående 1	24	13	36
Påstående 2	38	42	33
Påstående 3	14	30	17
Påstående 4	22	10	14
Inget svar	2	4	0

De personer som är 60 år eller däröver väljer oftare det mest generösa alternativet. Men de följs inte närmast av åldersgruppen 50—59 år utan i stället av gruppen under 50 år.

Synpunkter på kostnadsutvecklingen

Det är särskilt överläkarna och de folkvalda förtroendemännen som har motiverat sina åsikter.

En FU-ordförande säger: ”Jag väljer oreserverat det första påståendet. Finns tekniska och medicinska resurser, får kostnaderna inte avskräcka. Vi har ett fall som har kostat över en miljon kr. Vi tvekar inte att satsa flera miljoner till på patienten, om det skulle behövas.” Andra FU-ordförande säger: ”Kan man reparera människor, som annars skulle bli socialfall, måste man satsa så mycket som möjligt på att förbättra dem.” — ”Man bör inte koppla samman sjukvård med nationalinkomst.” — ”Det har trots allt varit en viss eftersläpning inom sjukvården. Den dag man hinner i kapp blir förhållandet annorlunda.” En förtroendemän som har valt påstående 3 säger: ”Det är klart att vi alla vill ha bättre vård. Vi vill att folk skall komma tillbaka i produktionen så fort som möjligt och att det fysiska lidandet skall minska. Men mer resurser än nu bör läggas över på öppen vård.”

En överläkare som har valt det första påståendet säger: ”Det primära är att patienten får god vård. Det får kosta vad det vill inom ramen för vårt förstånd och vår kunskap.” En kollega svarar: ”Jag håller på det första påståendet. Men för den skull behöver det inte byggas tempel för sjukvården. Det behöver inte ösas ut service och moderniteter.”

”Hittills har vi gått efter det första påståendet, men jag anser att det andra är riktigare”, säger en överläkare. Några andra överläkarsynpunkter: ”Oberoende av kostnaderna kan vi aldrig bli. Enstaka liv kan uppehållas till fruktansvärda kostnader. Man kan dialysera patienter till en kostnad av 5 000 kronor per natt. Det är en felinvestering som dessutom innebär psykisk grymhet. Expressen-mentaliteten pockar på eller skriker ut, att det skall finnas.” — ”Sjukvården har passerat lönsamhetspunkten. Vi handlar nationalekonomiskt oriktigt, när vi med alla medel håller svårt sjuka personer vid liv ett halvår längre eller mer. Men man får inte bortse från de humanitära skälen.” En överläkare från ett landsorts-sjukhus säger: ”Tendensen är att vi gör fler stora, kompletta undersökningar och utredningar om patienterna än tidigare.” ”Därmed följer också högre kostnader”, säger han.

Tre av de överläkare som har valt påstående 2 har velat modifiera begreppet ”starkt befogade”. En vill i stället säga ”troligen befogade”, en annan ”kan vara befogade” och en tredje ”är troligen ofrånkomliga”.

En överläkare som valt påstående 3 säger: ”Man kan flyga patienter i stället för att låta dem ta ambulans, och man kan ta ambulans i stället för tåg, om man bortser från det ekonomiska.” En kollega som har stannat för påstående 4 betonar att det finns stora möjligheter att bättre ta till vara resurserna inom sjukhuset. Han fortsätter: ”Nu tycker man, att det inte gör så mycket, om man ger gammaglobulin för 500 kr. Det går med i den allmänna konkursen. Man menar, att det är i alla fall så fantastiska utgiftshöjningar, så varför skall jag spara. För 20 år sedan såg man annorlunda på detta. Då gällde det att se till att knappt en trådända eller en flaska blod förfors.”

Landstingsdirektörernas kommentarer tyder i många fall på en

stark oro inför sjukhusens kostnadsutveckling. En av dem som valt påstående 4 säger: ”Man bör från centralt håll i Sverige bedöma hur stor andel vi har möjlighet att offra på sjukvården. Om andra delars expansion bedöms vara rimligare, bör sjukvården få en motsvarande minskning. Sjukvården får inte svälla hur mycket som helst. Det är möjligt att uppläggningsen av finansieringen med en särskild landstingsskatt har åstadkommit en snedvridning. En gemensam skatt hade gett sjukvården en rimligare plats i det stora sammanhanget.” En kollega som har valt samma svarsalternativ säger: ”Det är inte en riktig värdering att sjukhusen skall få kosta hur mycket som helst.”

Några av de landstingsdirektörer som har valt alternativ 2 säger: ”Vi måste följa med utvecklingen inom medicinens område. Det är väldigt svårt att säga nej.” — ”Genomsnittsåldern ökar. Ofta experimenterar läkarna. Det hela blir väldigt dyrt.”

En sjukhusadministratör säger: ”Det byggs sjukhus på fel ställen och för stora sjukhus.” En kollega till honom berättar, att man har en respiratorpatient som under 12 år har kostat över en och en halv milj. kr. Han menar att det är ofrånkomligt att sjukhusen får en ökande andel av nationalprodukten. På andra områden kan personliga tjänster i hög grad ersättas med maskiner. Sjukvården kan inte räkna med någon nämnvärd rationalisering av personliga tjänster, säger han som motivering till att han valt påstående 2.

Budgetsystemet och anslagsäskarna

I det följande behandlas några frågor om information till anslagsäskarna.

Information till läkarna om kostnader

Vilken information får läkarna i dag om sjukhusets kostnader? Vid flera av de sjukhus som omfattas av undersökningen används sedan någon tid en s.k. driftbokföring. Detta innebär en i stort sett fullständig fördelning av de direkta och indirekta kostnaderna för

varje klinik. Kostnaderna uppdelas på slutan och öppen vård för respektive klinik. Genom att dela kostnaderna med antalet patienter vid öppen mottagning och antalet vård dagar och patienter vid den slutna vården får man fram genomsnittskostnader. En gång om året, vanligen först sex till tio månader efter årets utgång, får överläkarna en kopia av hela driftbokföringen.

Några sjukhus har anordnat visningar av olika förbrukningsmateriel och samtidigt angett kostnaderna. Läkemedelskommittéer finns vid några sjukhus. Deras arbete går bl.a. ut på att minska sortimentet och om möjligt rekommendera någon form av "bästa köp". Företagsnämnden nämns också som ett informationsorgan då det gäller kostnaderna.

Följande fråga ställdes: "*Vad anser Ni om följande påstående: 'Läkarna borde lämnas mera information än nu från administrationen om t.ex. vad olika prestationer kostar?'*" Svartalternativen var "Instämmer starkt", "Instämmer i viss mån" och "Instämmer inte". Man kunde anta att de tillfrågade på central nivå oftare än överläkare och sjukhusadministratörer skulle ge instämmande svar. Motivet för antagandet är beträffande överläkarna att läkarna i sin utbildning inte har några moment som berör sjukhusekonomi. Inte heller ställs några krav på sådana kunskaper i samband med att en läkare utnämns till klinikchef. Att sjukhusadministratörerna inte väntas ge förhållandevis positiva svar har samband med att ett instämmande kan tolkas som en kritik av deras egen informationsgivning. Svaren fördelar sig procentuellt på följande sätt.

TABELL 11:8

<i>Landstingen</i>	Över- läkare N = 30	Sjukhusad- ministratörer N = 27	Landstings- direktörer N = 26	FU-ord- förande N = 25
Instämmer starkt	63	74	88	60
Instämmer i viss mån	10	19	4	20
Instämmer inte	27	7	4	16
Inget svar eller andra svar	0	0	4	4

TABELL 11:9

<i>Landstingsfria städer och staten</i>	Överläkare N = 15	Sjukhusadministratörer N = 12	Chefstjänstemän N = 8	Ledande förtroendemän N = 10
Instämmer starkt	53	75	63	60
Instämmer i viss mån	7	17	37	0
Instämmer inte	33	8	0	10
Inget svar eller andra svar	7	0	0	30

Antagandet att överläkare och sjukhusadministratörer skulle ställa sig mera negativa än övriga till påståendet får inte stöd av svaren. Inom landstingen är det framför allt överläkarna men också FU-ordförandena som är minst positiva. Landstingsdirektörerna har i sin tur den mest positiva inställningen. Inom landstingsfria städer och staten är sjukhusadministratörerna och chefstjänstemännen mest positiva till påståendet.¹

I samtliga befattningskategorier är man över lag positiv till tanken på mera kostnadsinformation till läkarna. Det gäller också läkarna, även om man i denna grupp förhållandevis ofta ställer sig avvisande till mera kostnadsinformation (27 procent av överläkarna inom landsting samt 33 procent av överläkarna inom landstingsfria städer och staten).

Kommentarer

Hur ser överläkarna som inte instämt i påståendet på frågan? En säger: "Vi har driftbokföring vid sjukhuset. Jag brukar titta i redovisningen, när den kommer en gång om året, bortåt ett år efter årets utgång. Det är skojigt att se, men det arbete som läggs ner på driftbokföringen motsvarar inte resultaten. Det finns en risk att vi binder oss till att bli onödigt sparsamma. Svensk sjukvård

¹ Tre av de ledande förtroendemännen utanför landstingen har avstått från att svara under hänvisning till att de inte vet vilken information som ges i dag.

skattar sig lycklig att ingen sneglar på priset." En annan menar: "Vi har det bra här med den saken. Alla är sparsamma." — En tredje säger: "Den intresserade kan få veta det redan nu." — "Jag kan i alla fall inte påverka kostnaderna", säger en fjärde.

En överläkare som "Instämmer i viss mån", säger: "Det är ett önskemål, men hur skall man ta reda på det? Jag har alltid ett personligt samtal med varje patient, ofta på ungefär en timme, i enrum. Ingen administration kan avgöra om det är värt kostnaden. Däremot kunde det vara av intresse att veta, vad olika laboratorieprover kostar." En kollega säger: "Det vore kanske nyttigt om man tog sig en funderare. Vi har ju inte obegränsade tillgångar."

De överläkare som "instämmer starkt" ger andra synpunkter: "Över huvud taget borde man veta mer om det ekonomiska", säger en av dem. "Många av oss är intresserade. Personligen anser jag att de ekonomiska synpunkterna inte är tillbörligt beaktade i sjukvården." Några överläkarsynpunkter i övrigt: "Ett område, där läkarna borde få mera information, är kostnaderna för extravak. Det drar enorma summor och är inte alltid befogat." — "Informationen om driftkostnaderna kunde gärna lämnas muntligt i stället för att som nu komma långt efter och i obegripligt skick. Då kunde man få reda på vad siffrorna betyder och vad som ligger bakom."

Hur kommenterar sjukhusadministratörerna sina ståndpunkter? Här är några motiv och synpunkter från denna grupp: "Jag instämmer starkt, även om det är en prickning av mig själv. En fördomsfri debatt med överläkarna vore bra." — "Vi borde kunna komma längre i information, även om jag är pessimistisk till att det skulle påverka läkarna i deras göranden." — "Informationen bör gälla all personal, inte bara läkare utan även sjuksköterskor och biträden."

En skeptisk inställning till möjligheten att nå effekt av informationen skymtar i flera kommentarer från sjukhusadministratörerna. En säger: "Jag har försökt. Det går ett tag. Men det är inte rätt väg att tackla problemen. Läkarna måste ha motiv. Informationen måste komma i den form läkarna vill ha den." Andra sjukhusadministratörer säger: "Vi kan inte säga vad de olika prestationerna kostar. Men jag tycker att vi informerar hyggligt." — "När vi

informerar om kostnaderna, säger en 'billig' överläkare: 'Är jag så billig?' Så blir han dyrare nästa gång. Men vi skall skicka ut brev som säger, att det är ett önskemål med ökad sparsamhet." — "Vi lämnar schablonuppgifter. Men graviditetsledigheter eller att alla på en klinik har högt lönetillägg kan förrycka resultatet. Vi brukar säga att om vi kommer sanningen så nära som 90 procent, är vi nöjda. Då ser man ändå tendensen." — "Svårigheten är att få läkarna att ägna någon tid åt detta." — "Över huvud taget borde läkarna bli mer kostnadsmedvetna. Det finns dock undantag. En del vet förvånansvärt mycket om priser och kostnader. Eftersom lönen är 80 procent av kostnaderna bör läkarna veta och se vad som kan göras för att spara personal."

"Vi har ju landstingstrycket", säger en landstingsdirektör som inte instämmer i påståendet. En annan landstingsdirektör menar att problemet är hur man kan göra kostnadsinformationen fascinerande för läkarna.

Flera landstingsdirektörer är kritiska mot den nuvarande metoden att informera läkarna om resultatet av den s.k. driftbokföringen. "Man samlar ett alltför vidlyftigt material. Det är som att hamna i en sifferkyrkogård eller som att få ett lass grus över sig. Successivt bör man skaffa tjänstemän som går igenom siffermaterialet och gör det läsbart. Om en läkare får uppgift om att varje besök kostar 30 kr säger han 'jaså'. Han borde få veta vad det kostar på andra håll, inom och utom sjukhuset, och få jämförelsematerial för den egna kliniken."

Hur ser FU-ordförandena på kostnadsinformationen till läkarna? — "De får vad de kan ta emot. De är inte så värst intresserade", säger en av dem. "Vi har samlat samtliga röntgenläkare och diskuterat kostnaderna. Det är ändå önskvärt med mer information", säger en annan. En tredje pekar på att man har en apotekare anställd för att pressa läkemedelskostnaden.

Önskemål om samordning och samråd

Hur sker samordningen inom sjukhusen i dag? I medicinska samordningsfrågor är överläkaren i hög grad suverän. Han skall företa

de åtgärder som situationen inom kliniken kräver mot bakgrund av vad han bedömer vara "Vetenskap och beprövad erfarenhet". Överläkaren är arbetsledare för den personal som är underställd honom, både läkare och andra. Det finns några formella undantag från denna allmänna subordinationsregel. Undantagen har belysts i en bok av Uncas Serner.¹

När det gäller det praktiska vårdarbetet och personalutnyttjandet har sjukvårdsföreståndaren och klinikföreståndarna en betydelsefull roll. Om man har klinikföreståndare vid sjukhusen — de finns inte vid alla — väntas de samordna personalutnyttjandet. Ett sjukhus om 750 vårdplatser kan t.ex. ha tre klinikföreståndare. Tillsammans med sjukvårdsföreståndaren och den eventuella personalavdelningens tjänstemän — personalchef, personalsekreterare, personalassistent, personalföreståndare eller hur man betecknar befattningen — svarar de för t.ex. anskaffning av personal vid vakanser och för extra vak. En utgångspunkt för den löpande personalplaneringen är de dagliga beläggningsrapporterna från avdelningarna.

Sjukhusadministratörernas samrådsformer

De formella samråd till vilka både sjukhusadministratören och överläkarna är knutna förefaller att ha en relativt blygsam omfattning. Ett fåtal av de intervjuade sjukhusadministratörerna träffar överläkarna vid månatliga överläkarsammankomster. Vanligen aktualiseras samråd med läkarna endast när någon särskild fråga dyker upp.

Sjukhusadministratören och chefsläkaren/styresmannen samråder vanligen minst en gång i veckan. Vid ett par sjukhus träffas de vid en bestämd tidpunkt varje dag. Ofta är sjukvårdsföreståndaren och någon annan tjänsteman, t.ex. personalsekreteraren, med vid veckoträffen.

Inom några sjukhus förekommer andra administrativa samråd, t.ex. ett stående sammanträde varje vecka mellan sjukhusadministratören och byggnadsingenjören, eller mellan den förre och

¹ Serner, U., Sjukhusläkares arbete och ansvar. Stockholm 1966.

sjukvårdsföreståndaren, klinikföreståndaren och personalföreståndaren. Stående sammanträden nämns också, i vilka sjukhusadministratören, hans assistent, personalassistenten, inköpschefen och sjukhuskamreraren deltar.

Många sjukhusadministratörer anser att nuvarande samrådsformer inte är tillfredsställande. Man säger exempelvis: "De är försvinnande få", "det är dåligt på den punkten", eller "vi samråder med läkarna bara i samband med budgetarbetet". Man säger sig vara så hårt engagerad av frågor som gäller ledigheter, ombyten av personal, utbetalningsgranskning, ombyggnadsfrågor, inventariet och generalplanefrågor, att samråd med överläkarna får komma i bakgrunden. Andra administratörer anser läkarna vara så hårt belastade, att de inte gärna vill dra dem från det medicinska arbetet till konferenser. Det är med märkbar glädje en sjukhusadministratör berättar, att han på senare tid har kallats till överläkarnas och biträdande överläkarnas behandling av föredragningslistan inför direktionsammansättningarna.

Frågan om det vore önskvärt med utbyggda samrådsformer inom sjukhusen togs upp även under några av intervjuerna med landstingsdirektörerna. En av dem förklarade: "Det är mer ett teoretiskt önskemål som man inte kan avvisa än ett realistiskt påstående. Det låter pessimistiskt, men det är nog realistiskt att säga att något fruktbart inte skulle komma ut av det."

Överläkarnas samrådsformer

En överläkare beskriver de samrådsformer inom sjukhuset i vilka han är engagerad: "Vi har en överläkarförening, i vilken också biträdande överläkare ingår. I den diskuteras praktiskt taget bara fackliga och medicinska frågor. Sammanträden äger rum ungefär en gång i månaden. Vissa frågor förbereds, men vi följer inte en föredragningslista. Jourfrågor brukar tas upp. Däremot händer det inte att vi genomgår budgetfrågor. På motsvarande sätt fungerar underläkarföreningen. Inom kliniken finns inte något organ för samråd, men vi sammanträder, när någon särskild fråga dyker upp, t.ex. vid personalbrist. När allt går som det skall, blir det inte

så ofta vi sammanträder. — Läkargruppen inom kliniken brukar träffas varje eftermiddag för att diskutera inläggande fall och morgondagens operationer.”

Vilka önskemål ger överläkarna uttryck för, när det gäller samråd? Några ser gärna, att det växte fram nya och fastare former. En säger: ”Det är bestämt önskvärt med en utbyggnad av samrådsformerna. En sammankomst vore bra där gemensamma problem kunde tas upp. Annars blir det lätt en motsättning. Sjuksköterskorna t.ex. borde vara med mer.” — ”Vi har diskuterat att träffa sjuksköterskorna vid ett samråd inom kliniken var fjortonde dag”, säger en annan.

Det finns också en tydligen rätt stor grupp som är skeptisk inför formellt fastslagna samråd. ”Jag tror inte på de fasta formerna för informationsutbyte. Det är bättre att ordna sådana frågor informellt”, säger en av dessa. Samtidigt menar han att ju större sjukhuset är, desto större är också behovet av samråd.

En överläkare, som samtidigt är styresman, redogör för de omfattande samråd han varje vecka har med sjukhusintendenten och andra. Vid dessa ”sopar man över hela området av brännande frågor. Men det blir tungt. Det vore bra med mera kvalificerade tjänstemän i administrationen, som själva kunde tackla problemen.”

Av förståeliga skäl är det överläkare och sjukhusadministratörer som samrådsfrågorna främst har gällt. I några intervjuer frågades, om de skulle vilja ha fler konferenser och samråd, där sjukhusets läkare och landstingets administrativa ledning vore med. En landstingsdirektör säger: ”Alla är tacksamma för konferenser.” Andra har däremot varit skeptiska. En förtroendeman säger: ”Hur långt skall det gå? Man håller på att konferera ihjäl svenska folket. Jag undrar, hur mycket folk som alltid sitter på konferenser i det här landet.”

Företagsnämndens roll

Företagsnämnderna vid sjukhusen har en ganska låg aktivitet, mätt i antalet sammanträden per år. Detta framgår av enkäter som

Landstingsförbundet har utfört. Av 196 företagsnämnder vid sjukhusen år 1965 uppfyllde endast 19 avtalets krav om minst fyra sammanträden per år. Det är de större sjukhusen som har störst aktivitet, mätt i antalet sammanträden och inkomna förbättringsförslag.

Hur ser man inom sjukhusen på företagsnämnden och dess arbete? Överläkarnas inställning är överlag skeptisk. På följande sätt uttrycker en av dem sin åsikt: "Företagsnämnden tar upp huvudsakligen bostads- och trivselfrågor. Den har en stor funktion som säkerhetsventil. Den väcker en del frågor men gör inte några större insatser. Frågorna är inte väl genomtänkta. Utdelningen av arbetet är liten. Tillräckliga förkunskaper saknas, och resultatet blir ofta huvudlöst snack." — "Den blir mest en skvallerbyrå", säger en annan. "Ledamöterna missuppfattar nämndens syfte och använder den att ta upp frågor som skall bäras fram en annan väg, t.ex. frågor om sopställ och liknande." En tredje säger: "Företagsnämnden verkar ganska obehövlig. Den drar inte till sig något större intresse. Man kommer med ganska tama förslag. Städernas representant klagar över att det vintertid dras in så förfärligt mycket smuts. Jag tror inte det är så viktigt." — "Företagsnämnden är rätt politisk, inte så saklig", säger en fjärde.

Att företagsnämnden inte alltid har förmågan att dra till sig intresset eller ens uppmärksamheten märks i en överläkares svar: "Företagsnämnden? Jag har inte hört talas om den."

Den uppskattning av företagsnämnden som kommit fram under överläkarintervjuerna gäller dess funktion som en säkerhetsventil. Det finns också de som menar att den skulle kunna utträta mera.

Sjukhusadministratörernas syn på företagsnämnden är kanske något positivare. Många tycks dock betrakta den som en "besk kalk", som måste accepteras. Så här säger en administratör: "Skall man vara ärlig, har företagsnämnden vid sjukhuset inte vuxit in i sin roll. Det finns en tendens till kverulans vid sammanträdena. Verksamheten har dött ut på många sjukhus. Den borde ändå kunna ha en roll som mellaninstans mellan ledningen och olika grupper. Det blir mest information från arbetsgivaren neråt, inte så mycket nerifrån och uppåt. Det är mest småfrågor av trivselkarak-

tär. Vid sammanträdena framställs vissa påståenden som kan vara svåra att vederlägga, och det har varit litet olyckligt." En annan administratör säger: "Företagsnämnden sov en törnrosasömn under många år. Sen blev det en klagomur. Det är ingen större aktivitet. Inga initiativ kommer från personalens sida. Vi ger statistik, information om byggen och andra förändringar. Vi träffas två gånger om året."

Vid ett sjukhus, där man har satt i gång en sparkampanj i samarbete med företagsnämnden, ställs positiva förhoppningar inför nämndens framtida arbete. "Genom företagsnämnden har ett visst om än blygsamt samarbete uppnåtts", säger en administratör. Vid ett sjukhus, där nämndens verksamhet har uppdelats på 20 decentraliserade företagsnämnder, karakteriseras den som ett viktigt informationsinstrument.

Inställningen till ökad rapportering

Till samtliga intervjuade ställdes följande fråga: "*Vad anser Ni om följande påstående: 'Administrationen borde genom rapporter från olika delar av sjukhuset tillhandahållas sådan information, att möjligheterna blev större än nu att samordna verksamheten inom sjukhuset?'*" Svartalternativen var "Instämmer starkt", "Instämmer i viss mån" och "Instämmer inte". Det antogs att överläkarna mindre ofta än övriga befattningskategorier skulle välja svarsalternativ som innebar instämmande. Motivet bakom antagandet är att överläkarna kan vilja hävda sin självständighet i förhållande till en administration med samordningsambitioner. Svaren framgår av följande procentuella fördelning. Materialet stöder antagandet.¹

Kommentarer

Flera överläkare ger uttryck för starkt negativa attityder inför tanken på en sådan rapportering. "Observera att vi idkar sjukvård,

¹ Fyra av de intervjuade tio ledande förtroendemännen inom landstingsfria städer och staten har avstått från att svara. De ansåg sig inte känna till förhållandena tillräckligt för att kunna ge ett svar.

TABELL 11:10

<i>Landstingen</i>	Över- läkare N = 30	Sjukhusad- ministratörer N = 27	Landstings- direktörer N = 26	FU-ord- förande N = 25
Instämmer starkt	30	52	65	48
Instämmer i viss mån	20	22	15	20
Instämmer inte	50	26	15	24
Inget svar eller andra svar	0	0	4	8

TABELL 11:11

<i>Landstingsfria städer och staten</i>	Över- läkare N = 15	Sjukhusad- ministratörer N = 12	Chefs- tjänstemän N = 8	Ledande för- troendemen N = 10
Instämmer starkt	13	50	75	20
Instämmer i viss mån	40	25	12	20
Instämmer inte	40	25	0	20
Inget svar eller andra svar	7	0	12	40

inte terapi för skrivkarlar. Vi ordnar vår samordning själva, vi läkare”, säger en. En kollega säger: ”Samordningen måste följa medicinska riktlinjer. Det blir bara krångligt om administrationen lägger sig i det. Då kommer prestigefrågor in i bilden.” — Andra anser: ”Vi klarar samordningen i vårt överläkarkollegium, som sammanträder en gång i månaden.” — ”Läkarna bör ha hand om samordningen. Det är vår sak. Själv har jag t.ex. lånat ut en avdelning till en annan överläkare. Däremot borde läkarna ge rapporter månadsvis om hur många patienter som ligger kvar men som inte borde ligga där.”

En överläkare vill starkt betona sjukvårdsföreståndarens samordnande uppgift. ”Sjukvårdsföreståndaren skall vara den länk som ser till att allt på de olika avdelningarna blir efter samma

mall." En kollega till honom påpekar att klinikföreståndarna har en viktig roll i sammanhanget.

Flera överläkare menar att sjukhuset saknar administrativ samordning i dag. En ser så här på frågan: "Administrationen kan författningsenligt inte lägga sig i sjukvården. Det finns inte något forum för diskussion av vårdplatsernas utnyttjande. Nu kan alltid en klinikchef opponera sig, om man vill flytta fall från en operationsavdelning till en underbelagd medicinavdelning, även om kirurgavdelningarna är överfulla. De kan motivera det med att de inte har personal som kan sköta den typen av patienter. En mera differentierad vård, där de gamla klinikgränserna slopas, vore bättre." Liknande synpunkter har även andra överläkare fört fram.

En annan överläkare ger en ingående beskrivning av hur han har försökt nå samordning inom kliniken. Han säger: "Jag vill försöka att få fram enhetliga behandlingsprinciper. Vi byter folk alldeles för ofta. Personalens praxis varierar med var den har utbildats. Därför vill vi gärna ha någon som talar om att så gör vi här. Den sjukvårdsmässiga samordningen svarar överläkaren för. Jag har skrivit ut en katekes för efterbehandling. På det sättet slipper jag säga från dag till dag: 'Gör så och så.' De kan läsa i stället. Det kan gälla t.ex. vätskebalansen hos nyopererade, när de skall börja äta osv. På samma sätt finns givna besked till patienter, när de går hem. Jag har också normer för sjukskrivningstid, som underläkarna får använda. Det borde för övrigt framräknas för hela landet hur långa sjukskrivningstiderna för olika sjukdomar är. Inte som riksläkare utan som allmän upplysning. Vi har också diskuterat personalclearing mellan olika avdelningar, men det är svårt, eftersom behoven skiftar och man måste vara säker på att det är full bemanning överallt. Jag är rädd för att flytta folk som schackpjäser. Det skapar otrivsel."

"Jag biträder starkt", säger en sjukhusadministratör: "Det bör inte vara så att ett visst personalantal är spikat på en avdelning. Man borde i stället göra en bedömning av var behovet är störst. Den anställde kräver i dag att få veta, var hans arbetsplats är, men detta strider mot kravet på rationell drift. I princip skall vi ha en reservgrupp, som föreståndaren kan disponera, men det fungerar

inte alls. Vi har så ont om personal att reservgrupper inte kan bildas.” — ”En av de största svagheterna är att vi inte har någon ordning på arbetskraftsåtgången. Vi vill ha reda på hur personalen på de olika klinikerna utnyttjas”, säger en administratör. En annan administratör ger följande illustration till problemet: ”En läkare har ställt in sin mottagning på lördagarna. Han har inte sagt till oss om detta. Där står vi med mottagningsköterskan.”

De sjukhusadministratörer som har varit tveksamma eller negativa till påståendet pekar på de begränsningar som ligger i administratörens roll. ”Det är riktigt som ett allmänt påpekande”, säger en av dem. ”Men hur skall det ske? Tanken med en sjukhusdirektör är väl att han betalas för att han skall samordna. Men har man åtta—tio kliniker med starka och motstridiga intressen, skulle jag vilja se, hur samordningen skall gå till. En administratör kan inte samordna läkarnas medicinska uppfattning. Läkarna kan alltid säga, att jag vill ha det så och så 'ur medicinsk synpunkt'. Det betyder: 'Nu skall Du hålla käften.'” En annan sjukhusadministratör säger: ”Vi får beläggningsrapporter dagligen om antalet patienter på olika avdelningar. Vi får däremot inte några löpande rapporter beträffande öppen vård. Vi kan inte reglera tillströmningen. Patienterna styr vår verksamhet. Fördelningen av patienter etc. faller på klinikchefen.” Flera pekar också på att ledningen måste skaffa sig kännedom på platsen och inte pappersvägen. Det finns också administratörer som tryggt säger: ”Det löper ändå.”

Mest positiva till påståendet är landstingsdirektörer och chefs-tjänstemän. Också hos dem återfinns önskemålet om en uppluckring av klinikgränserna. En uttrycker sin inställning på följande sätt: ”Det är väldigt svårt att samordna med de strikta gränser som finns. Vad tjänar det till att ge information om beläggningen, när ingen hänsyn tas? Vissa kliniker utnyttjas till 110 procent, andra till 30 procent. Det är bytänkande i högsta potens inom sjukvården. Det vore bättre att inte ha några gränser mellan klinikerna. Då skulle man inte behöva bygga ut som man gör nu.”

Rangordning av budgetsystemets syften

Följande fråga ställdes: "Hur vill Ni rangordna följande tänkbara syften för budgetsystemets utformning vid sjukhus?"

- (1) Instrument för sjukvårdspolitiska avgöranden.
- (2) Instrument för beteendepåverkan.
- (3) Instrument för administrativ sakkontroll.
- (4) Underlag för prissättning."

Inledningsvis nämndes att man på flera håll diskuterar förändringar i budgetsystemet. Då är det också av intresse att klargöra vad budgetsystemet tjänar till.

Det antogs, att de folkvalda skulle ge en högre plats än övriga åt det första, överläkarna åt det andra samt landstingsdirektörer och sjukhusadministratörer åt det tredje av de fyra syftena.

(1) Instrument för sjukvårdspolitiska avgöranden

Det första syftet rangordnades procentuellt på följande sätt.

TABELL 11:12

<i>Landstingen</i>	Över- läkare N = 30	Sjukhusad- ministratörer N = 27	Landstings- direktörer N = 26	FU-ord- förande N = 25
Högst	27	41	42	56
Näst högst	20	18	8	20
Näst lägst	10	26	31	16
Lägst	40	11	15	8
Inget svar	3	4	4	0

TABELL 11:13

<i>Landstingsfria städer och staten</i>	Över- läkare N = 15	Sjukhusad- ministratörer N = 12	Chefs- tjänstemän N = 8	Ledande för- troendemen N = 10
Högst	53	8	63	60
Näst högst	7	25	25	0
Näst lägst	7	17	0	10
Lägst	27	42	12	30
Inget svar	7	8	0	0

Inom landstinget är det som väntat FU-ordförandena som har givit detta syfte den förhållandevis främsta platsen. Läkarna svarar för den förhållandevis lägsta.

Utanför landstingen sätter chefstjänstemännen syftet högre än förtroendemännen gör. Sjukhusadministratörerna sätter det lägst, närmast följda av överläkarna.

(2) Instrument för beteendepåverkan

Hur det andra syftet rangordnades procentuellt framgår av nedanstående tabeller.

TABELL 11:14

<i>Landstingen</i>	Över- läkare N = 30	Sjukhusad- ministratörer N = 27	Landstings- direktörer N = 26	FU-ord- förande N = 25
Högst	30	33	23	20
Näst högst	27	41	50	16
Näst lägst	23	18	23	44
Lägst	17	4	0	20
Inget svar	3	4	4	0

TABELL 11:15

<i>Landstingsfria städer och staten</i>	Över- läkare N = 15	Sjukhusad- ministratörer N = 12	Chefs- tjänstemän N = 8	Ledande för- troendemen N = 10
Högst	13	33	13	30
Näst högst	20	33	50	20
Näst lägst	47	17	25	50
Lägst	13	8	13	0
Inget svar	7	8	0	0

Överläkarna har inte placerat detta syfte främst. Det uppställda antagandet stämde alltså inte. I stället är det sjukhusadministratörerna som har placerat det högst, relativt sett. FU-ordförandena har satt syftet ifråga mycket lägre än övriga grupper inom landstingen. Utanför landstingen kommer överläkarnas placering lägst.

I det sammanhanget bör man uppmärksamma att rangordnandet

ATTITYDER TILL BUDGETENS SYFTEN

inte ger möjlighet att jämföra den absoluta vikt som de olika grupperna tillmäter ett visst syfte. Det är möjligt att FU-ordförandena och sjukhusadministratörerna vill satsa lika mycket exempelvis på beteendepåverkan, samtidigt som FU-ordförandena men inte sjukhusadministratörerna vill satsa ännu mera på det politiska vägledningssyftet.

(3) Underlag för administrativ sakkontroll

Syftet att budgeten skulle utgöra underlag för administrativ sakkontroll har också rangordnats och resultatet i procent framgår av nedanstående tabeller:

TABELL 11:16

<i>Landstingen</i>	Över- läkare N = 30	Sjukhusad- ministratörer N = 27	Landstings- direktörer N = 26	FU-ord- förande N = 25
Högst	40	26	42	28
Näst högst	27	30	31	48
Näst lägst	20	37	23	20
Lägst	10	4	0	4
Inget svar	3	4	4	0

TABELL 11:17

<i>Landstingsfria städer och staten</i>	Över- läkare N = 15	Sjukhusad- ministratörer N = 12	Chefs- tjänstemän N = 8	Ledande för- troendemen N = 10
Högst	40	50	25	40
Näst högst	13	25	38	60
Näst lägst	40	17	12	0
Lägst	0	0	25	0
Inget svar	7	8	0	0

Antagandet att landstingsdirektörerna och sjukhusadministratörerna skulle tillmäta detta syfte större betydelse än övriga inom landstingen får inte stöd av materialet. Visserligen har landstings-

direktörerna oftare än övriga satt detta syfte högst, men skillnaden mellan dessa och överläkarna är obetydlig.

I svaren från landstingsfria städer och staten observeras särskilt den höga plats som sjukvårdsadministratörer och ledande förtroendemän har givit syftet.

(4) Underlag för prissättning

Syftet att budgeten skulle utgöra underlag för prissättning har placerats lägst av samtliga befattningskategorier, vilket framgår av nedanstående tabeller.

TABELL 11:18

<i>Landstingen</i>	Över- läkare N = 30	Sjukhusad- ministratörer N = 27	Landstings- direktörer N = 26	FU-ord- förande N = 25
Högst	0	0	4	0
Näst högst	13	4	0	12
Näst lägst	27	15	15	20
Lägst	57	77	77	68
Inget svar	3	4	4	0

TABELL 11:19

<i>Landstingsfria städer och staten</i>	Över- läkare N = 15	Sjukhusad- ministratörer N = 12	Chefs- tjänstemän N = 8	Ledande för- troendemän N = 10
Högst	13	0	0	0
Näst högst	7	8	12	0
Näst lägst	13	42	38	30
Lägst	60	42	50	70
Inget svar	7	8	0	0

Kommentarer till rangordningarna

Av kommentarerna framgår att många har ansett frågan väl teoretisk. Detta gäller särskilt överläkarna. En av dem säger att denna

fråga liksom flera andra är mycket abstrakt för läkare som inte sysslar med ekonomiska problem.

Andra läkare har uttalat sig mycket starkt mot vissa syften, inte minst emot kontrollsyftet. "Jag sätter den administrativa sakkontrollen sist", säger en överläkare. "Den ger upphov till så mycket konstigheter." En annan överläkare svarar: "Kontroll låter alltid otrevligt. Den blir lätt betungande och får inte vara ett huvudsyfte." Kritiken har ofta gällt önskvärdheten av och möjligheten till påverkan av beteendet genom budgetsystemet.

En sjukhusadministratör, som sätter det politiska syftet lågt, menar att de politiska besluten ofta bygger på "löften och agitationspolitik". Han anser möjligheterna små att genom budgetsystemet ändra på den ordningen.

Som kommentar till sin bedömning av det beteendepåverkande syftet säger en sjukhusadministratör: "Man kan inte väsentligt påverka kostnaderna hur mycket budget man än gör upp. Man skall inte tro, att man vinner något genom att spara." Bland kommentarerna från andra sjukhusadministratörer märks bl.a. följande: "Om vi arbetar fram en aldrig så förnämlig budgetteknik, kvarstår frågan: Hur kan man nyttiggöra sitt vetande? De ekonomiska delarna har man någorlunda i sin hand men inte de medicinska." — "Inom sjukhuset blir budgeten inte ett styrinstrument som för en vanlig företagsledning. Vi kan inte säga, att vi inte har råd att behandla en viss patient. Vi har en irrationell sida som vi måste ta hänsyn till. Sjukhusledningen sitter mitt i en dimbank." — "Vad vi kan påverka är kanske 600 000 kr av en budget på 30 milj. En av våra viktigaste uppgifter är att infordra offerter."

När prissättningssyftet berörs, har flera sjukhusadministratörer nämnt, hur irrationell den nuvarande metoden är för debitering av patientavgiften, fem kronor per vård dag, till allmänna försäkringskassan. Den omständliga metod som allmänt används i landstingen med räkningsskrivande för varje patient för sig kostar mer än den smakar, menar man.

Läkarlönerna

Ingen yrkesgrupp i Sverige har högre genomsnittsinkomst än läkarna. Gjorda undersökningar visar också att sjukhusläkarna ofta är bundna relativt många veckotimmar av sin tjänstgöring.¹

Sjukhusläkarna erhåller fast lön och dessutom vanligen ersättning för varje patient som söker läkarvård eller får prover och röntgenbilder tagna och analyserade i öppen vård.

Det finns i nuvarande lönesystem vissa förhållanden som är anmärkningsvärda. När sjukhushuvudmannen har skaffat automatiserad utrustning för analys av prover, har laboratorieöverläkarnas löner ökat väsentligt, i vissa fall enligt uppgift med flera hundra tusen kronor per år. Maskinerna och den underställda personalen utför proverna, men överläkaren får betalning för varje prov från patienterna i öppen vård. En av de intervjuade sjukhusadministratörerna berättar med viss indignation att en laboratorieöverläkare någon tid före intervjun presenterat en räkning på 35 000 kr för semesterersättning vid sidan av den vanliga, betalda semesterledigheten. Beloppet utgjorde avtalsenligt sju procent av de ersättningar läkaren hade fått av patienter för prover i öppen vård under året, alltså 500 000 kr vid sidan av den fasta överläkarlönen.

Ett annat anmärkningsvärt förhållande i sjukhusläkarnas lön kan illustreras på följande sätt. Antag, att en underläkare håller på att operera, medan överläkaren tar mot besök av patienter i öppen vård. Så inträffar en komplikation under operationen och överläkaren tillkallas. Han fortsätter operationen. Underläkaren får ta hand om patienterna i öppen vård. Detta innebär att överläkaren utan extra prestationsersättning utför det kvalificerade arbetet. Underläkaren blir samtidigt den som får prestationsersättningarna inom öppen vård.

De intervjuade personerna inom landstingen har fått redogöra för sin inställning till olika alternativ för läkarlöner. Svaren fördelar sig procentuellt på följande sätt.

¹ Sjukhusläkares arbetsförhållanden. Undersökning avseende landstingens lasarett. Karlskrona 1967.

TABELL 11:20. *Synpunkter från landstingen hur läkarnas lönesystem bör vara ordnat.*

	Över- läkare N = 30	Sjukhusad- ministratörer N = 27	Landstings- direktörer N = 26	FU-ord- förande N = 25
Läkare bör ersättas endast genom fast lön	10	15	15	20
Nuvarande system (fast lön plus ersättning från patienter i öppen vård) bör bibehållas	47	70	54	48
Läkarnas ersättning bör anknytas till pres- tationer i högre grad än i dag	17	11	15	20
Inget svar eller andra svar	27	3	15	12

Svaren visar en stark övervikt för nuvarande lönesystem. Till skillnad mot vad man kunde anta är det inte överläkarna utan övriga intervjuade som har visat den mest positiva attityden till det nuvarande systemet.

Kommentarer

”Ett problem vid nuvarande lönet metod är att den slutna vården kommer i en sämre ställning. Det är bortkastad kvalificerad arbetstid att överläkare skall ta vårtor och hämorroider i öppen vård”, säger en överläkare, som ogillar nuvarande ordning. En kollega, som också önskar enbart fast lön, säger: ”Vi läkare har en utomordentlig lön. Jag skäms nästan för att jag har så mycket betalt. Prestationslön bör inte finnas inom sjukvården.” Den tredje överläkaren med samma inställning säger: ”Det lyckligaste för högt specialiserade läkare vore en fast lön. Det innebär slöseri med kvalificerade resurser att klinikcheferna skall ta blodtryck på gamla tanter i öppen vård. En fast lön skulle skapa större benägenhet för

samverkan mellan klinikerna. De patienter som läggs in borde tas om hand av ett specialistteam. Om tre—fyra timmar per dag kunde användas för inre konsultation, skulle mycket vara vunnet. Det skulle också skapa mer arbetsglädje.”

Om lasarettsläkarna bara hade fast lön, riskerade man att lasaretten inte fick de bästa läkarna, säger några av de tillfrågade. Man har då åberopat erfarenheter från Danmark och England, där lasarettsläkare enbart har fast lön. Många läkare kan tänkas öppna egen praktik, om de enbart fick fast lön, påpekas det.

En poliklinik, vid vilken läkarna uteslutande har fast lön, förmodas få lägre kapacitet än en med prestationslön. Prestationsersättningen gör den öppna vården mera lockande, säger man. Överläkare har också betonat att den öppna vården ger läkarna värdefulla erfarenheter.

Ett motiv för en högre grad av prestationsanknytning än nu är att antalet vårdplatser borde slå igenom på lönen på ett starkare sätt. En del överläkare har 30 vårdplatser, andra 150. ”De med få vårdplatser kanske ägnar största delen av sin tid åt den lukrativa öppna mottagningen, medan andra har händerna fulla av allvarliga operationer”, säger en överläkare.

Sammanfattning av undersökningens antaganden och resultat

ANTAGANDE

RESULTAT

Tillfredsställelse med nuvarande budgetsystem

Befattningskategorierna skiljer sig här från varandra.

Sjukhusadministratörerna är mindre tillfredsställda än övriga (tabellerna 5: 2 och 6: 1).

Omprövning av tidigare anslag

Inom landstingen anses i högre grad än inom landstingsfria städer och staten att endast förändringar i anslag blir föremål för kritisk genomgång i samband med budgetarbetet.

Antagandet har fått stöd i materialet (tabellerna 7: 1 och 7: 2).

Prutmån i budgetäskandena

Inom landstingsfria städer och staten anses i högre grad än inom landstingen att den äskande räknar med en viss prutning, varför äskandena anpassas därefter.

Antagandet har fått stöd i materialet utom beträffande svarsgruppen sjukhusadministratörer (tabellerna 7: 3 och 7: 4).

Förvägsäskanden

Sjukhusadministratörer och överläkare inom landstingsfria städer och staten anser i högre grad än

Antagandet har fått stöd i materialet beträffande överläkarna men inte beträffande sjukhusad-

ANTAGANDE

sina kolleger inom landstingen att de äskar anslag som de inte väntar sig skall gå igenom samma år.

Chansförbättring vid förvägsuskanden

Inom å ena sidan landstingsfria städer och staten samt å andra sidan landstingen har man olika uppfattning beträffande chansen att ett anslagsäskande skall beviljas, om det har avslagits men förnyas följande år.

Överskottsminskning

Inom landstingsfria städer och staten anses i högre grad än inom landstingen att ett anslag för den löpande verksamheten, vilket inte utnyttjas till fullo ett år, troligen kommer att minska i kommande års anslag.

Förbrukningsautomatik

Inom landstingen anses i högre grad än inom landstingsfria städer och staten att ett anslag för den löpande verksamheten, vilket utnyttjas till fullo ett år, inte kommer att minskas i kommande års anslag.

RESULTAT

ministratörerna (tabellerna 7:5 och 7:6).

Överläkare, sjukhusadministratörer och ledande förtroendemän inom landstingsfria städer och staten ansåg i högre grad än motsvarande kategorier inom landstingen att chanserna ökar vid upprepat äskande. Antagandet fick däremot inte stöd beträffande chefstjänstemän och landstingsdirektörer (tabellerna 7:7 och 7:8).

Antagandet har fått stöd beträffande överläkarna och i viss mån även beträffande chefstjänstemän — landstingsdirektörer samt ledande förtroendemän — FU-ordförande, däremot inte beträffande sjukhusadministratörerna (tabellerna 7:9 och 7:10).

Materialet ger inte något generellt stöd för det uppställda antagandet (tabellerna 7:11 och 7:12).

De folkvaldas inflytande på budgetens realinnehåll

Överläkare anser att de folkvaldas inflytande på budgetens realinnehåll är större än övriga befattningskategorier anser det vara.

FU-ordförandena anser att de folkvaldas inflytande på budgetens realinnehåll är mindre än övriga befattningskategorier anser det vara.

Sjukhusadministratörer anser att de folkvaldas inflytande på budgetens realinnehåll är större än landstingsdirektörer anser det vara.

FU-ordförandena anser att deras möjligheter att leda verksamheten, när budgeten skall bestämmas, har samband med vilket område beslutet gäller.

FU-ordförandena anser att deras inflytande är större när det gäller ny- och ombyggnadsverksamhet än när det gäller utgifter för löpande drift.

Överläkarna har i större utsträckning än övriga valt svarsalternativet "Mycket stort" för de folkvaldas inflytande på budgetens realinnehåll, vilket stöder antagandet. Om alternativet "Mycket stort" och "Ganska stort" inflytande läggs samman, är det inom landstingen dock oftast FU-ordföranden som har valt dessa (tabellerna 8:1 och 8:4).

Antagandet har inte fått stöd i materialet (tabell 8:1).

Om alternativen "Mycket stort" och "Ganska stort" läggs samman, föreligger ingen skillnad mellan de båda befattningskategorierna. Antagandet har således inte fått stöd i materialet (tabell 8:1).

Antagandet har fått stöd i materialet (figurerna 8:1—4).

Antagandet har fått stöd i materialet (figurerna 8:1—4).

ANTAGANDE

FU-ordförandena med högre levnadsålder anser sig ha större inflytande över budgeten än vad deras kolleger med lägre levnadsålder anser sig ha.

FU-ordförande med längre landstingserfarenhet anser sig ha större inflytande över budgeten än vad deras kolleger med kortare erfarenhet anser sig ha.

Heltidsengagerade ordförande anser sig ha större inflytande än icke heltidsengagerade ordförande anser sig ha.

Sjukhusledningens inflytande på budgetens realinnehåll

FU-ordförandena anser att sjukhusledningens inflytande på budgetens realinnehåll är större än övriga befattningskategorier anser det vara.

Landstingsdirektörer och överläkare anser att sjukhusledningens inflytande på budgetens realinnehåll är större än sjukhusadministratörer anser det vara.

RESULTAT

Antagandet har fått stöd i materialet (figur 8: 1).

De som har varit *ordförande* sedan 1961 och längre anser sig ha större inflytande än de som varit ordförande sedan 1962 eller kortare tid (se figur 8: 2). De ordförande som har varit *ledamöter* i landsting sedan 1946 eller längre har dock överlag inte skattat sitt inflytande högre än de ordförande som har varit ledamöter i landsting sedan 1947 eller kortare tid (figur 8: 4).

Antagandet har fått stöd i materialet (figur 8: 3).

Antagandet har inte fått stöd i materialet. Det är i stället sjukhusadministratörerna som har bedömt sjukhusledningens inflytande högst (tabell 8: 2).

Antagandet har inte fått stöd i materialet (tabell 8: 2).

Läkarnas inflytande på budgetens realinnehåll

FU-ordförandena anser att läkarnas inflytande på budgetens realinnehåll är större än övriga befattningskategorier anser det vara.

Överläkarna har oftast valt alternativet "Mycket stort", vilket inte stöder antagandet. Om alternativen "Mycket stort" och "Ganska stort" läggs samman, kommer FU-ordförandenas bedömning något högre än de övrigas (tabell 8:3).

Överläkare anser att läkarnas inflytande på budgetens realinnehåll är mindre än övriga nivåer anser det vara.

Antagandet har inte fått stöd i materialet (tabell 8:3).

Landstingsdirektörer anser att läkarnas inflytande på budgetens realinnehåll är större än sjukhusadministratörer anser det vara.

Antagandet har fått ett visst stöd i materialet (tabell 8:3).

Önskvärdhet av klumpbudget

Den lokala nivån (överläkare och sjukhusadministratörer) anser i större utsträckning än den centrala nivån att budgetsystemet bör ge dem som fattar beslut inom sjukhuset större frihet än nu att disponera belopp inom en viss ram för de ändamål de anser lämpligt.

Antagandet har fått starkt stöd för landstingens del. För statens och de landstingsfria städernas del har det också fått stöd, särskilt från sjukhusadministratörer (tabellerna 9:1—2).

Sjukhusledningens och klinikledningens restriktioner

Underordnade befattningskategorier uppfattar sina beslutsbefogenheter som mer begränsade än överordnade anser dem vara.

Antagandet får inte generellt stöd i materialet. Sjukhusadministratörerna inom landstingen ansåg nämligen i högre grad än övriga

ANTAGANDE

Önskvärdhet av ökad kontroll

Överläkare anser i lägre grad än övriga befattningskategorier att budgetsystemet bör förse sjukhusets administratörer med bättre underlag än nu för kontroll.

Önskemål om långsiktsplanering

Den centrala nivån anser i högre grad än den lokala att budgetsystemet bör ge större möjligheter än nu för långsiktsplanering.

Väntad effekt av långsiktsplanering

Den centrala nivån väntar i högre grad än den lokala att längre tidshorisont än ett år skall öka benägenheten att kritiskt ompröva tidigare anslag.

Önskvärdhet av ökad möjlighet till nyttoavgöranden för de folkvalda

Befattningskategorierna skiljer sig här från varandra.

RESULTAT

att beslutsbefogenheterna inte var starkt begränsade för sjukhusledningen (tabellerna 9: 3—6).

Antagandet har fått starkt stöd i materialet (tabellerna 9: 8—9).

Materialet lämnar inte stöd för antagandet beträffande landstingen, däremot när det gäller landstingsfria städer och staten (tabellerna 10: 1—2).

Antagandet får inte stöd i materialet (tabellerna 10: 3—4).

Materialet stöder antagandet. Överläkarna är mindre positiva än övriga beträffande önskvärdheten av ökad möjlighet för de folkvalda att avgöra var nyttan av en anslagsökning är störst (tabellerna 11: 1—2).

Önskvärldheten av ökad information om sjukhuset till de folkvalda

Förvaltningsutskottets ordförande anser i högre grad än övriga inom landstingen att de folkvalda borde få mera information än nu om vad som händer inom sjukhuset.

Materialet lämnar inget generellt stöd för antagandet (tabellerna 11:3—4).

Förväntan om sjukhusens framtida andel av nationalprodukten

Läkare har förväntningar om större framtida andel av nationalprodukten för sjukhusen än övriga befattningskategorier har.

Materialet stöder inte antagandet (tabellerna 11:5—6).

Personer med högre levnadsålder har förväntningar om större framtida andel av nationalprodukten för sjukhusen än personer med lägre levnadsålder har.

Personer som är 60 år eller däröver väljer i högre grad än andra det mest "generösa" alternativet (tabell 11:7).

Budgetsystemets syften

"Instrument för sjukvårdspolitiska avgöranden" som syfte för budgetsystemet placeras högre av förvaltningsutskottets ordförande än av de övriga inom landstingen.

Antagandet har fått stöd beträffande landstingen. Inom landstingsfria städer och staten har chefstjänstemännen placerat detta syfte högst (tabellerna 11:8-9).

"Instrument för beteendepåverkan" som syfte för budgetsystemet placeras högre av överläkare än av de övriga.

Materialet stöder inte antagandet (tabellerna 11:10—11).

ANTAGANDE

”Underlag för administrativ sakkontroll” som syfte för budgetsystemet placeras högre av landstingsdirektörer och sjukhusadministratörer än av de övriga inom landstingen.

Önskvärdhet av ökad kostnadsinformation till läkare

Den centrala nivån anser i högre grad än den lokala att läkarna borde få mera information än nu från administrationen om vad olika prestationer kostar.

Önskvärdhet av rapportering för ökad administrativ samordning

Läkare anser i lägre grad än de övriga att administrationen genom rapporter från olika delar av sjukhuset borde få sådan information att möjligheterna blev större för en samordning av verksamheten inom sjukhuset.

RESULTAT

Materialet ger på det hela taget inte något stöd för antagandet (tabellerna 11:12—13).

Materialet lämnar inget generellt stöd för antagandet. Administratörerna har varit mera positiva än överläkarna (se tabellerna 11:16—17).

Materialet stöder antagandet (tabellerna 11:18—19).

Litteratur

Kapitel 1. Sjukvård och ekonomi

En historisk översikt av sjukvårdens utveckling i Sverige:

Kock, W., Kungl. Serafimerlasarettet 1752—1952. Stockholm 1962.

Wawrinsky, R., Sveriges lasarettsväsende förr och nu. Stockholm 1906.

Lönnberg, I., Översikt över sjukhusväsendets utveckling i Sverige. Stockholm 1922. (SOU 1922:43.)

Kostnadsutvecklingen under åren 1913—1958:

Höök, E., Den offentliga sektorns expansion. Uppsala 1962.

Hälso- och sjukvårdens andel av den offentliga konsumtionen:

Svensk ekonomi 1966—70 med utblick mot 1980. Stockholm 1966. (SOU 1966:1.)

Avstämning av 1965 års långtidsutredning. Stockholm 1968. (SOU 1968:24.)

Landstingens kostnadsutveckling redovisas löpande i:

Årsbok för Sveriges landsting, utg. av Svenska landstingsförbundet. Stockholm.

Sjukhusens kostnadsutveckling, personalsituation m.m. redovisas löpande i rapporter från socialstyrelsens statistikavdelning.

En amerikansk beskrivning och analys av sjukhuskostnader:

McNerney, W. J. m.fl., Hospital and medical economics. Vol. 1—2. Chicago 1962.

Bedömningsproblem av ekonomisk innebörd behandlas i bl.a. följande artiklar:

Bengmark, S., Sängen som läkemedel. — Landstingens tidskrift 1967:2.

Bildt, H., Befolknings- och arbetskraftsutveckling. — Svenska sjukhusföreningens årsskrift 1964.

Demitz-Helin, G., Felinvesteringar för miljarder riskeras. — Landstingens tidskrift 1966:10.

Lindencrona, F., Sjukvårdspolitik. — Läkartidningen 1966: 38.

Lindgren, S., De små lasarettens problem. — Landstingens tidskrift 1966: 7.

Nilsson, L. G., Behovet av planering inom hälso- och sjukvården. — Landstingens tidskrift 1966: 10.

Sträng, G., Sjukvårdsplanerna och utbyggnadsmöjligheterna fram till år 1970. — Sveriges landstings tidskrift 1965:10.

Ståhl, I. och Ysander, B.-C., Hur värderas människoliv? — Läkartidningen 1965: 39.

Bland den litteratur som behandlar fördelningen av arbetsuppgifter och befogenheter inom sjukhusen märks:

Betänkande med förslag till sjukhuslag m.m. Stockholm 1956. (SOU 1956: 27.)

Arbetsuppgifter och utbildning för viss sjukvårdspersonal. Stockholm 1962. (SOU 1962: 4.)

Mentalsjukhusens personalorganisation. D. 1. Stockholm 1963. (SOU 1963: 24.)

Serner, U., Sjukhusläkares arbete och ansvar. Stockholm 1966.

Rahm, H., Sjukvårdslagen, sjukvårdsstadgan med kommentarer. Stockholm 1964.

Tidsstudier vid sjukhus:

Redogörelse för arbetsstudier vid kroppssjukhusens vårdavdelningar m.m. Stockholm 1951. (SOU 1951: 17.)

Rationalisering av sjukhusdriften. Stockholm 1955. (SOU 1955: 12.)

Frekvensstudier vid vårdavdelningar inom Akademiska sjukhuset i Uppsala hösten 1961. (Stencil.)

Organisationsundersökning vid Blackebergs sjukhus. Utg. av Stadskansliets organisationsavdelning. Stockholm 1963. (Stencil.)

Vårdarbetets struktur. Arbetsuppgifter och personalorganisation vid kroppssjukhusens vårdavdelningar m.fl. Utg. av Svenska landstingsförbundet. Stockholm 1965.

Vårdavdelningsutredningen, Danderyds sjukhus 1963—66. (Stencil.)

Sjukhusläkares arbetsförhållanden. Undersökning avseende landstingens lasarett. Karlskrona 1967.

Motivationen för sjukhusets personal:

Argyris, C., Diagnosing human relations in organization. A case study of a hospital. New Haven 1956.

LITTERATUR

- Israel, J., *Avdelningssköterskans roll*. Stockholm 1964. (SOU 1964: 46, deltitel: Sjuksköterskeutbildningen. D. 2.)
- Huges, E. C., Huges, H. M. och Deutscher, I., *Twenty thousand nurses tell their story*. Philadelphia 1958.
- Revans, R. W., *Standards for morale. Cause and effect in hospitals*. London 1964.
- Moss, A. B. m.fl., *Hospital policy decisions. Process and action*. New York 1966.
- Självförverkligande som ett motiv i arbetet behandlas t.ex. i:
- Argyris, C., *Understanding organizational behavior*. Homewood 1960.
- Golembiewski, R. T., *Man, management and morality. Toward a new organizational ethic*. New York 1965.
- Offentlig budgetering:
- Burkhead, J., *Government budgeting*. New York 1956.
- Ekonomisystem för försvaret*. Stockholm 1968. (SOU 1968: 1.)
- Program budgeting*. Ed. by D. Novick. Washington 1965.
- Programbudgetering*. Stockholm 1967. (SOU 1967: 11—13.)
- Smithies, A., *The budgetary process in the United States*. New York 1955.
- Västhagen, N., *Inkomst- och utgiftsbegreppen i förvaltningsbokföring och affärsbokföring*. Lund 1950.
- Budget- och kostnadsfrågor inom sjukvården:
- Budgeting procedures for hospitals*. Publ. by the American hospital association. Chicago 1961.
- Cottencin, B., *Dix ans de plan comptable hospitalièr*. Paris 1964.
- Krankenhaus-Einheitskontenplan*. Bremen 1961.
- Montacute, C., *Costing and efficiency in hospitals*. London 1962.
- Socialpsykologiska aspekter på budgetering:
- Argyris, C., *The impact of budgets on people*. New York 1952.
- Argyris, C., *Human problems with budgets*. — *Harvard business review* Jan.-Febr. 1953.
- Pierce, J. L., *Budgets after all are mostly people*. (The world of business. Ed. by E. C. Bursk, D. T. Clarc and R. W. Hidy. Vol. 1. New York 1962.)
- Pondy, L. R., *Budgeting and intergroup conflict in organization*. Pittsburg 1962. (Stencil.)
- Wildavsky, A., *Politics of the budgetary process*. Boston 1964.

Kapitel 2. Budgetsystemets syften

Samhällssyften för statsbudgeten:

Mål och medel i stabiliseringspolitiken. Stockholm 1961. (SOU 1961:42.)

Samhällesekonomiska aspekter på sjukvården:

Klarman, H. E., *The economics of health*. New York 1965.

Fuchs, V. R., *The contribution of health services to the American economy*. — *Milbank memorial fund quarterly* 1966: 4.

Mushkin, S. J., *Health as an investment*. — *Journal of political economy*. Oct. 1962.

Sjukhus och öppen vård. Stockholm 1963. (SOU 1963:21.)

Weisbrod, B. A., *Economics of public health*. Philadelphia 1961.

Wiseman, J., *Cost-benefit analysis and health service policy*. Ingår i: Peacock, A.T. and Robertson, D. J., *Public expenditure*. Edinburgh 1963.

Politikers och administratörers roll i offentlig förvaltning:

Goodnow, F. J., *Politics and administration*. New York 1900.

Waldo, D., *The administrative state*. New York 1948.

Appelby, P., *Policy and administration*. Birmingham 1949.

Lindblom, C. E., *The science of "muddling through"*. — *Public administration review* 1959: 19.

Undersökningar om verkställande direktörers inflytande på enskilt näringsliv:

Gordon, R. A., *Business leadership in the large corporation*. Berkeley (1945) 1961.

Kock, S. E., *Företagsledning och motivation*. Helsingfors 1965.

Lidén, L., *Makten över företaget*. Stockholm 1966.

Om heltidsengagerade förtroendemäns och heltidsarbetande styrelseordförandes verksamhet:

Wergenius, T., *Heltidsengagerade förtroendemän*. — *Svenska stadsförbundets tidskrift* 1966: 2—3.

Browaldh, T., *Den heltidsarbetande styrelseordföranden*. — *G-tidningen*, utg. av Gummæliuskoncernen 1965: 1.

Effektivitet inom sjukhus:

Anderson, O. W., *Hospital use. A survey of patient and physician decisions*. Publ. by the Center for health administration studies. Chicago 1967.

LITTERATUR

- Forsyth, C. and Logan, R. F. L., The demand for medical care. A study of the case-load in the Barrow-in-Furness group of hospitals. Publ. by the Nuffield provincial hospitals trust. London 1960.
- Querido, A., The efficiency of medical care. Leiden 1963.
- Peterson, O. L., What is value for money in medical care? — The Lancet, April 8, 1967.
- Smedby, B., Vårdtiden vid bräckoperation vid olika sjukhus. — Läkartidningen 1967:36.
- Samband mellan patientens vårdkrav och lämplig personalstyrka: Hultén, A. m.fl., En metod för beräkning av vårdtyngd. — Läkartidningen 1968:16.
- Frågor om sjukhusrationalisering:
- Biörck, G., Sjukvårdens villkor. Stockholm 1966.
- Reizenstein, P., Patienten och sjukvårdsorganisationen. Stockholm 1967.
- Smalley, H. E. och Freeman, J. E., Hospital industrial engineering. A guide to the improvement of hospital management systems. New York 1966.
- Redovisningens ”interna” syften:
- Madsen, V., Regnskabsvæsenets opgaver og problemer i ny belysning. København 1959.
- Sord, B. H. and Welsch, G. A., Business budgeting. A survey of management planning and control practices. New York 1958.
- Kressbach, T. W., The Michigan city manager in budgetary proceedings. Ann Arbor 1962.

Kapitel 3. Budgetens uppbyggnad

Långsiktsplanering:

- Le Breton, P. P. and Dale, A. H., Planning theory. Englewood Cliffs 1961.
- Företagets långsiktsplanering. 2:a uppl. Stockholm 1967.
- Mahon, C. W., Techniques of economic forecasting. Paris 1965. (OECD.)
- Jantsch, E., Technological forecasting in perspective. Paris 1967. (OECD.)

- Ståhl, I. och Ysander, B.-C., Systemanalys och långtidsplanering. Stockholm 1968. (FOA P, C 122.)
- Theil, H., Economic forecasts and policy. Amsterdam 1965.
- Kostnadsanalyser och budgetundersökningar inom sjukvården:
- Asztély, S., Sjukhusets kostnadsstruktur. Göteborg 1961. (Stencil.)
- Eichhorn, S., Kostenanalyse im Krankenhaus. — Zeitschrift für Handelswissenschaftliche Forschung 1957, sid. 197—216.
- Gabis, S. I., Mental health and financial management. Some dilemmas of program budgeting. East Lansing 1960.
- Henry, M. L. and Proctor, W., New York State's performance budget experiment. — Public administration review, Spring 1960.
- Johansson, S.-E., PM för utredning om kostnadsberäkning vid Stockholms stads sjukhus. Stockholm 1954. (Stencil.)
- Normativa kriterier för offentliga investeringsbeslut:
- McKean, R. N., Efficiency in government through systems analysis. New York 1958.
- Hitch, C. and McKean, R., The economics of defence in the nuclear age. Cambridge 1960.
- Eckstein, O., A survey of the theory of public expenditure criteria. Public finances, needs, sources and utilization. Princeton 1961.
- Investeringsanalytiska metoder för företag:
- Asztély, S., Investeringsplanering. Göteborg 1965.
- The management of corporate capital. Ed. by E. Solomon. Glencoe 1959.
- Quirin, G. D., The capital expenditure decision. Homewood 1967.

Kapitel 4. Samband mellan budgetens uppbyggnad och syftena

De anställdas medverkande i beslutsfattandet:

- Coch, L. and French, J. P. P., Overcoming resistance to change. — Human relations 1948: 1.
- Marrow, A. J., Bowers, D. G. and Seashore, S. E., Management by participation. New York 1966.

Kapitel 5. Landstingens budgetarbete

Utgångspunkt för beskrivningen av flerårsplaneringen i landstingen är landstingens handlingar och protokoll för åren 1959—1966 samt sjukvårdsplaner för olika landsting.

För att inte tynga framställningen har metodfrågorna uteslutits i denna presentation.

Kapitel 6. Budgetarbetet för storstädernas och statens sjukhus

Programbudgetering. Stockholm 1967. (SOU 1967:11.)

Vinde, P., Hur Sverige styres. Falköping 1968.

Framställning av stadskollegiet med förslag till nytt budget- och redovisningssystem (GK-planen). — Göteborgs stadsfullmäktiges handlingar 1968:97.

Utredning med förslag till detaljorganisation för ett förvaltningsområde inom den lokala sjukvården. — Stockholms stadsfullmäktiges handlingar 1967. Stadskollegiets utlåtanden och memorial. Bihang 1967:66.

Utredning beträffande principerna för Stockholms stads kapitalredovisning, avg. av Stadskollegiets investeringskommittés budgetutskott. — Stockholms stadsfullmäktiges handlingar 1956. Stadskollegiets utlåtanden och memorial. Bihang 1956:54.

Utredning beträffande principerna för Stockholms stads budgetuppställning och bokföring, avg. av Stadskollegiets investeringskommittés budgetutskott. — Stockholms stadsfullmäktiges handlingar 1964. Stadskollegiets utlåtanden och memorial. Bihang 1964:51.

Kapitel 7. Strategi och taktik i budgetarbetet

Till grund för detta kapitel ligger en genomgång av äskandena för ett antal sjukhus inom landsting.

Kapitel 8. Inflytandet över budgeten

Om mätning och utövande av inflytande:

- Barnard, C. I., *The functions of the executive*. Cambridge (1938) 1962.
- Cartwright, D., *Influence, leadership, control*. Chicago 1965. (Handbook of organizations. Ed. by *J. G. March*.)
- Dahl, R. A., *Modern political analysis*. Englewood Cliffs 1963.
- Dahl, R. A., *Power*. (International encyclopedia of the social sciences. Vol. 12. New York 1968.)
- Elvander, N., *Intresseorganisationerna i dagens Sverige*. Lund 1966.
- Mills, C. W., *The power elite*. New York 1956.
- Simon, H. A., *Administrative behavior*. New York (1947) 1957.
- Simon, H. A., *Notes on the observation and measurement of political power*. — *Journal of politics* 1953: 15.
- March, J. G., *An introduction to the theory and measurement of influence*. — *American political science review* 1955: 49.
- March, J. G., *Measurement concepts in the theory of influence*. — *Journal of politics* 1957: 19.
- Thompson, J., *Organizations in action*. New York 1967.

Kapitel 9. Decentralisering av ekonomiska beslut

Om kontrollfunktionen:

- Bowers, D. G., *Organizational control in an insurance company*. — *Sociometry* 1964, sid. 230—244.
- Tannenbaum, A. S., *Control and effectiveness in a voluntary organization*. — *American journal of sociology* 1961: 67.
- Tannenbaum, A. S., *Control in organizations*. New York 1968.
- Tannenbaum, A. S. and Kahn, R. L., *Organizational control structure*. — *Human relations* 1957: 10.

Motsättningar mellan olika kategorier av beslutsfattare:

- Biörck, G., *Medicin för politiker och andra uppsatser*. Malmö 1953.
- Dolson, M. T., *How administrators rate different tasks*. — *The Modern hospital*, June 1965.

LITTERATUR

- Georgopoulos, B. and Mann, F., The community general hospital. New York 1962.
- Levey, S., Conflict and organization. Some aspects of conflict in hospitals. Diss. not publ. Iowa City 1961.
- Levey, S., Sources of medical-administrative conflicts. A survey report. — *Hospitals* 1962:16—17.
- Prall, C. E., Problems of hospital administration. Chicago 1948.
- Smith, H. C., Two lines of authority, the hospital's dilemma. (Patients, physicians and illness. Ed. by *G. E. Jacko*. Glencoe 1958.)

Kapitel 10. Planering på längre sikt

Behandling av risk och osäkerhet i beslutsfattandet:

- Fabricy, W. J. and Torgersen, P. E., Operations economy. Englewood Cliffs 1966.

Datainriktad översikt över planeringsmetoder:

- McMillan, C. and Gonzales, R. F., Systems analysis. Homewood 1965.

Kapitel 11. Attityder till budgetsystemets syften

- Coser, R. L., Authority and decision making in a hospital. — *American sociological review* 1958: 23.
- Bates, F. L., Authority and decision making in voluntary hospitals. Ithaca 1959. (Stencil.)
- The hospital in modern society. Ed. by *E. Friedson*. New York 1963.
- Goss, M. E. W., Administration and the physician. — *American journal of public health* 1962: 52.
- Perrow, C., Hospitals. Technology, structure and goals. (Handbook of organization. Ed. by *J. G. March*. Chicago 1965.)
- Handbook of medical sociology. Ed. by *L. G. Reeder*. Englewood Cliffs 1963.
- Friedson, E., Medical personnel. (International encyclopedia of the social sciences. Vol. 10. New York 1968.)

Sakordsregister

- Administrativ sakkontroll 35
- Akutsjukvård 106
- Anslag för fritt förfogande 157
- Anslagsformer 116, 122
- Anslagsminskning 138, 223
- Anslagsomprövning 128, 186, 222
- Anslagsäskarnas beteende 27, 214
- Ansvarskontroll 29, 35, 38, 168, 227
- Arbetsmarknadsstyrelsen 121
- Arbetsstudier 49
- Avvägningsproblem 15, 17, 23, 26

- Befattningsförteckning 46, 47
- Befogenheter, sjukhusledningens 160
- Befogenhetsaspekt, budgetens 51, 64, 72, 78, 81, 82, 124
- Befolkningsutveckling 13, 104
- Behandling 32
- Beläggningsrapporter 206
- Beslut, landstingets 98
 - om intagning 29
- Beslutsdecentralisering 156
- Beslutsproblem 23
- Break-down-budget 58, 69, 77, 80, 82, 83
- Bruttobudget 53, 66, 74, 79, 81, 82
- Budget 21
 - resursperiodiserad 56, 69, 80, 81, 83
- Budgetalternativ 43, 70, 84
- Budgetarbete 42, 85
 - direktionens 92
 - landstingens 85
 - landstingskansliets 93
 - sjukhusledningens 90
 - vid storstädernas och statens sjukhus 111
 - överläkarnas 87
- Budgetarbetets tidsanspråk 99
- Budgetavvikelser, statliga 121
- Budgetberedning, FU:s 97
- Budgetdimensioner 43
- Budgetens befogenhetsaspekt 51, 64, 72, 78, 81, 82, 124
 - omfattning 52, 66, 74, 79, 81, 82, 124
 - periodiseringsaspekt 56, 68, 76, 80, 81, 83, 124
 - syften 21
 - tidshorisont 54, 67, 75, 79, 81, 82, 124
 - uppbyggnad 42
- Budgetering, fysisk 60
 - litteratur om 19, 232
 - monetär 60
- Budgeteringens startpunkt 58, 69, 77, 80, 82, 83, 124
- Budgetgranskning 94, 95
- Budgetinflytande 143
- Budgetperiod 54, 67, 75, 79, 81, 82, 124
- Budgetpraxis, sammanfattning av 123
- Budgetpsykologi 65
- Budgetsociologi 65
- Budgetsystemets syften 21, 84, 190, 214, 228

SAKORDSREGISTER

- Budgetäskanden, motiveringar i 126
 Build-up-budget 58, 69, 77, 80, 82,
 83, 124
 Bäckkvoter 104
- Civildepartementet 121
- Decentralisering av beslut 156
 Detaljbudget 52, 64, 72, 78, 81, 82,
 124
 Direktionens budgetarbete 92
 Dispositions rätt till investeringar
 115
 Driftbudget 59, 116
- Effektivitetskrav 21
 Ettårsbudget 54, 68, 75, 79, 81, 83,
 187
 Externa effekter 14
- Fasta anslag 116
 Fastighetsbesiktning 92
 Felkontering 102
 Fellitterering 102
 Finansdepartementet 120, 121
 Flerårsbudget 54, 67, 75, 79, 81, 83,
 186
 Flerårsplanering 54, 67, 103, 179
 Fondering 107
 Fysisk budgetering 60
 Förbrukningsautomatik 141, 223
 Fördelningsproblem 57
 Föreståndare 91
 Företagsnämnd 208
 Förslagsanslag 116, 122
 Förvägsäskanden 135, 222, 223
- Gallring bland äskanden 91
 Granskning, politisk 96
 Göteborgs rambudget 112
- Handlingsfrihet, de folkvaldas 26
 Historiskt värde 57
 Husmor 91
- Huvudmannaskap 12
 Huvudmän 12
 Hälsa 11
- Inflytande och heltidsengagemang
 150, 151, 225
 — och tid som landstingsman 150,
 151, 225
 — och tid som ordförande 149, 225
 — och ålder 148, 149, 225
 — över budgeten 143, 224
 Information 91, 98, 190, 228
 — om kostnader 72, 201, 229
 Intagningsbehov 30
 Intagningsbeslut 29
 Intressentgrupper 26, 67
 Intressentrelationer 40
 Investeringar 115
 — dispositions rätt till 115
 — nyttovärde av 25
 Investeringsbudget 59
 Investeringskalkyl 15
 Investeringsprognoser 115
- JO 103
- Kapitalbudget 59, 117, 122
 Karolinska sjukhuset 119
 Kassabudget 56, 69, 76, 80, 83
 Klinikföreståndare 206
 Klumpbudget 51, 64, 72, 78, 81, 82,
 124, 167, 226
 Kommunala bolag 53
 Kontroll 29, 35, 38, 168, 227
 Kostnadsinformation 72, 201, 229
 Kostnadsslag 42, 43, 50
 Kostnadsslagsbudget 42, 61, 65, 70,
 78, 123, 174, 175
 Kostnadsställebudget 45, 63, 65, 71,
 78, 82, 124, 174, 175
 Kostnadsställen 45
 Kostnadsutveckling 199
 Kvartalskonferenser 95

- Landstingens budgetarbete 85
 Landstingsbeslut 98
 Landstingskansliets budgetarbete 93
 Litteratur 17, 18, 19, 230
 Lån 107
 Långsiktspänning 179, 227
 — i landstingen 103
 Långtidssjukvård 106
 Läkares semesterersättning 219
 Läkarlöner 219, 220
 Läkarmottagningar i öppen vård
 53, 74, 124
 Lönesystem, läkarnas 220
 Lönsamhet 24, 37, 72
 Lönsamhetsanalys 38
- Motiveringar i budgetäskanden 126
 Monetär budgetering 60
- Nationalproduktandel 197, 228
 Nettobelopp 53
 Nettobudget 53, 66, 74, 79, 81, 82
 Nyttöavgöranden 194, 227
 Nyttovärde av investeringar 25
- Obetecknade anslag 122
 Ombyggnader 92
 Omfattning, budgetens 52, 66, 74,
 79, 81, 82, 124
 Omprövning av tidigare anslag 128,
 186, 222
- ”Parkinsons lag” 27
 Patienter 104
 Patientinventeringar 105
 Periodiserad budget 76
 Periodiseringsaspekt, budgetens 56,
 68, 76, 80, 81, 83, 124
 Personalbudget 131
 Planeringsperiod 54
 Politikernas beslut 154
 Prestationer 37
 Prestationsbudget 49, 55, 62, 63, 65,
 71, 82, 174, 175
- Prestationsmätt 49
 Prioritering 93, 95
 Prissättning 39, 80
 Produktionsfaktorer 42
 Programbudget 46, 62, 72, 78, 82,
 174, 175
 Prutmån i äskanden 132, 222
 Påverkan 27
- Rambudget, Göteborgs 112
 Rangordning av budgetsystemets
 syften 214
 Rapportering från sjukhus 210, 229
 Realvärde 57
 Regleringsbrev 123
 Reparationer 92
 Reservationsanslag 116, 122
 Resursavvägning 15, 17, 23, 26
 Resursperiodiserad budget 56, 69,
 80, 81, 83
 Revision 51, 102, 118
 Riksdagen 121, 123
 Rullande budget 54
 Rörliga anslag 116
- Sakkontroll 77
 Samhällssyften 22
 Samordning och samråd, önskemål
 om 205
 Samråd i budgetarbetet 89
 Samrådsformer, sjukhusadministra-
 törernas 206
 — överläkarnas 207
 Semesterersättning, läkares 219
 Sjukhusadministration 17
 Sjukhusdirektör 86
 Sjukhusefterfrågan 13
 Sjukhusens kapacitet 34
 Sjukhusintendent 86
 Sjukhusledningens befogenheter 160
 — budgetarbete 90
 Sjukvårdens expansion 13
 — omfattning och inriktning 15

SAKORDSREGISTER

- Sjukvårdsföreståndare 91, 206
 Sjukvårdsplaner 103
 Självkostnad, sjukhusens 40
 Skatteunderlag 106
 Skrivarbete, överläkarnas 173
 Sluten vård 12, 45
 Socialdepartementet 121
 Specificeringstyp, budgetens 42, 61,
 70, 78, 80, 82, 123, 174
 Standardmallar 90
 Startpunkt, budgeteringens 58, 69,
 77, 80, 82, 124
 Statliga sjukhus 12
 Statskontoret 121
 Statsliggare 123
 Statsverkspropositionen 121
 Stockholms stad 115
 Storstädernas sjukhus 111
 Strategi i budgeten 125
 Subventionerad sjukvård 13, 14
 Syften, budgetens 21
 — budgetsystemets 21, 84, 190, 214,
 228

 Taktik i budgetarbetet 125
 Tidsanvändning, överläkarnas 167
 Tidshorisont, budgetens 54, 67, 75,
 79, 81, 82, 124
 Tidsåtgång i budgetarbetet 99
 Tjänstemännens beslut 154

 Universitetskanslerämbetet 121
 Urvalsproblem 57
 Utbyggnadsambitioner 106
 Utdebitering 107
 Utgifter för sjukvård 13

 Verkställighet 72, 74, 76
 Verkställighetspåverkan 29
 Vård 32
 Vårdbehov 14, 15
 Vårdbeslut 16
 Vårdkostnad 50
 Vårdpersonal 32, 106
 Vårdplatser 31, 104
 Vårdplatsutnyttjande 30
 Vårdprogram 47, 48
 Vårdtid 32, 34, 50
 Vägledning, central 98
 Vänskapskorruption 142
 Värderingsproblem 57
 Äskandepsykologi 28

 Öppen vård 45
 Överläkarkollegium 90
 Överläkarnas budgetarbete 87
 — skrivarbete 173
 — tidsanvändning 167
 Överskott på anslag 138
 Överskottsminskning 138, 223
 Överskridande av anslag 101
 Överräskanden 132

Tabellförteckning

2: 1.	Hur läkarna klassificerade intagningsbehovet	31
2: 2.	Hur ofta händer det, att Ni upplever påtryckningar från patienten om att bli inlagd (opererad), när Ni själv inte tror att det är absolut nödvändigt?	32
3: 1.	Befattningsförteckning för en medicinsk klinik	47
5: 1.	Vad anser Ni om omfattningen av den tid Ni får ägna åt budgetfrågor?	100
5: 2.	Vårdplatser per 1 000 invånare för länspecialiteter	104
5: 3.	Tillfredsställelsen med nuvarande budgetsystem inom landstingen	108
7: 1.	Det är endast förändringar i förhållande till tidigare anslag, som blir föremål för kritisk genomgång vid budgetarbetet. Landstingen	129
7: 2.	— Landstingsfria städer och staten	129
7: 3.	Prutmån i landstingens framställningar	133
7: 4.	Prutmån i de landstingsfria städernas och statens äskanden	133
7: 5.	Händer det att Ni äskar anslag, där Ni utgår från att de inte skall gå igenom i budgetförslaget? Landstingen	136
7: 6.	— Landstingsfria städer och staten	136
7: 7.	Förändras enligt Er uppfattning chansen att ett anslag beviljas, om det avslagits i ett tidigare års äskande? Landstingen	137
7: 8.	— Landstingsfria städer och staten	138
7: 9.	Om ett anslag för den löpande verksamheten inte har utnyttjats till fullo ett år, är det då sannolikt att det kommer att minskas i ett senare års budgetanslag? Landstingen	139
		243

TABELLFÖRTECKNING

7: 10. — Landstingsfria städer och staten	139
7: 11. Om ett anslag för den löpande verksamheten utnyttjas till fullo ett år, är det då sannolikt, att det inte kommer att minskas i ett senare års budgetanslag? Landstingen	141
7: 12. — Landstingsfria städer och staten	141
8: 1. Vilket inflytande anser Ni att de folkvalda har på budgetens realinnehåll?	144
8: 2. Bedömningen av sjukhusledningens inflytande inom landstingen	145
8: 3. Bedömningen av överläkarnas inflytande inom landstingen	146
8: 4. Bedömningen av de folkvaldas inflytande inom landstingsfria städer och staten	152
8: 5. Bedömningen av sjukhusledningens inflytande inom landstingsfria städer och staten	153
8: 6. Bedömningen av överläkarnas inflytande inom landstingsfria städer och staten	154
9: 1. Vad anser Ni om följande påstående: Budgetsystemet bör ge dem som fattar beslut inom sjukhuset större frihet än nu att disponera belopp inom en viss ram för de ändamål de anser lämpligast? Landstingen	157
9: 2. — Landstingsfria städer och staten	157
9: 3. Vad anser Ni om följande påstående: Befogenheten att fatta beslut om medelsanvändningen är i dag starkt begränsad för sjukhusledningen? Landstingen	160
9: 4. — Landstingsfria städer och staten	160
9: 5. Vad anser Ni om följande påstående: Befogenheten att fatta beslut om medelsanvändningen är i dag starkt begränsad för klinikledningen? Landstingen	162
9: 6. — Landstingsfria städer och staten	162
9: 7. Vad anser Ni om följande påstående: Budgetsystemet bör förse sjukhusets administration med bättre underlag än nu för kontroll? Landstingen	168
9: 8. — Landstingsfria städer och staten	168
9: 9. Vad anser Ni om följande påstående: Skrivning av ekonomiska rapporter tar för mycket av läkarnas tid i	

förhållande till den nytta rapporterna medför?	
Landstingen	173
9: 10. — Landstingsfria städer och staten	174
9: 11. Vilken specificeringstyp i budgeten rangordnas högst?	175
10: 1. Vad anser Ni om följande påstående: Budgetsystemet bör ge större möjlighet än nu för långsiktig planering? Landstingen	184
10: 2. — Landstingsfria städer och staten	185
10: 3. Vad tror Ni att en flerårsbudget i jämförelse med en ettårsbudget skulle få för verkan på benägenheten att kritiskt ompröva tidigare anslag? Landstingen	187
10: 4. — Landstingsfria städer och staten	187
11: 1. Vad anser Ni om följande påstående: De folkvalda borde förses med mera information än nu om vad som händer inom sjukhuset? Landstingen	191
11: 2. — Landstingsfria städer och staten	191
11: 3. Vad anser Ni om följande påstående: Budgetsystemet bör ge de folkvalda större möjlighet än nu att avgöra var nyttan av en anslagsökning är störst? Landstingen	194
11: 4. — Landstingsfria städer och staten	194
11: 5. Sjukhusens framtida andel av nationalprodukten. Landstingen	198
11: 6. — Landstingsfria städer och staten	198
11: 7. Ålder och val av påstående	199
11: 8. Vad anser Ni om följande påstående: Läkarna borde få mera information än nu från administrationen om t.ex. vad olika prestationer kostar? Landstingen	202
11: 9. — Landstingsfria städer och staten	203
11: 10. Vad anser Ni om följande påstående: Administrationen borde genom rapporter från olika delar av sjukhuset tillhandahålla sådan information, att möjligheterna blev större än nu att samordna verksamheten inom sjukhuset? Landstingen	211
11: 11. — Landstingsfria städer och staten	211
11: 12. Rangordning av budgetsystemets syften: 1. Instrument för sjukvårdspolitiska avgöranden. Landstingen	214

TABELLFÖRTECKNING

11: 13. — — Landstingsfria städer och staten	214
11: 14. — 2. Instrument för beteendepåverkan. Landstingen	215
11: 15. — — Landstingsfria städer och staten	215
11: 16. — 3. Underlag för administrativ kontroll. Landstingen	216
11: 17. — — Landstingsfria städer och staten	216
11: 18. — 4. Underlag för prissättning. Landstingen	217
11: 19. — — Landstingsfria städer och staten	217
11: 20. Synpunkter från landstingen på hur läkarnas lönesystem bör vara ordnat	220

Makten över sjukhuset

Vilka bestämmer hur många vårdplatser det skall finnas på ett sjukhus? Hur många respiratorer? Är det politikerna? Landstingsdirektörerna? Överläkarna eller sjukhusdirektörerna? Hur vägs etiska hänsyn mot ekonomiska i planerings- och budgetarbetet?

Hälsa- och sjukvården tar betydande resurser i anspråk. Mer än 120 000 personer arbetar inom sjukvården. Det allmännas nettokostnader överstiger 6 miljarder kronor per år.

Ekonomie licentiat Edgar Borgenhammar redogör här för en undersökning av budgetarbetet inom den svenska sjukvården. Han har intervjuat ett stort antal personer i nyckelbefattningar för att belysa frågan om vem som bestämmer över anslagen och därmed har makten över sjukhuset.

Författaren har i många år forskat i sjukhusadministration och budgetlära vid Handelshögskolan i Stockholm och University of California, Berkeley. Han har en mångsidig praktisk erfarenhet av sjukhusarbete som vårdare, landstingsassistent, lärare och konsult i sjukhusadministration.

Denna bok vänder sig främst till dem som sysslar med sjukvårdsfrågor men också till alla dem som i enskild eller offentlig tjänst kommer i beröring med budgetfrågor. Den är också en initierad redogörelse i ett viktigt samhällsproblem som berör oss alla.

Studieförbundet Näringsliv och Samhälle

Distribueras av 

Pris 23: 50, inb. 28: 50