

Går det att få en beställarutförarmodell att fungera?

En studie av möjligheten att skapa en autonom marknadsaktör

Gustaf Kastberg, f. lic.
Gustaf.Kastberg@spa.gu.se

Sven Siverbo, f. dr.
Sven.Siverbo@spa.gu.se

Förvaltningshögskolan
Box 712
405 30 Göteborg

Omdaning av aktörer förutsätts

En hel del studier har gjorts som riktat in sig på de styrmodeller som går under samlingsbenämningen NPM (New Public Management). Inte helt sällan har resultatet av de empiriska studierna av försök att introducera sådana modeller blivit att det inte gått särskilt bra och att modellerna i liten utsträckning svarar mot det markandsideal som de inspirerats av (Rombach 1997, Hansson och Lind 1999 och Brorström, Hallin och Kastberg 2004). Om förutsättningarna över huvudtaget existerar har också ifrågasatts (se exempelvis Kähkönen 2004). Parallellt med dessa utvärderingar av försöken har teoribildningar inom sociologin kring marknader utvecklats som betonar vikten av att förstå marknader som ett fenomen som måste skapas aktivt (Callon 1998a). Istället för att betrakta marknader som något som uppstår då regler tas bort betraktas marknader som något i allra högsta grad konstruerat där en rad olika komponenter måste till för att en utbytessituation som påminner om nationalekonomins ideala marknader med perfekt konkurrens skall kunna uppstå. För att en marknadssituation skall kunna uppstå måste osäkerheten som kringgärdar utbytesprocessen reduceras och detta sker bland annat genom att tydliga roller etableras, att kvaliteten på varor och tjänster går att bestämma och att det finns flera producenter och konsumenter. Denna utveckling av de sociologiska teorierna innebär ett "trendbrott" visavi den traditionella inställningen inom sociologin att marknader med rationella aktörer inte existerar (Barry och Slater 2002). Istället för att förklara marknader som något omöjligt riktas forskningen i in på att förklara hur de kommer till.

Detta paper skall ses som en del i detta teoribygande och det problem vi adresserar är möjligheterna till att skapa beställarutförarmodeller inom hälso- och sjukvården. Som framgår av genomgången av gjord forskning nedan har erfarenheterna hittills varit tämligen nedslående. Få lyckade exempel har iakttagits desto fler misslyckade sådana. Tesen vi driver i föreliggande paper är att för att beställarutförarmodellen skall kunna fungera krävs det att aktörerna omformas så att de blir autonoma marknadsaktörer. Samtidigt som det är en förutsättning finns det en problematik kopplad till detta eftersom de aktörer som skall agera som autonoma marknadsaktörer ständigt måste ta vidare hänsyn, vilket gör att de aldrig blir riktigt autonoma.

Hittills har begreppet markandsaktör använts utan att det närmare definierats. Ovan radades några av de komponenter upp som är viktiga för att en markandssituation skall kunna förväntas uppstå och en av dem var att det etableras tydliga roller. Att det handlar om roller och inte "naturliga" egenskaper hos aktörerna är viktigt att beakta. Gemensamt för flera av de sociologiska teoribildningar som fokuserar på att förklara hur marknader kommer till stånd är att de inte betraktad homo economicus eller individers rationalitet som en egenskap de besitter utan som en roll de axlar (Beckert 2002, Callon 1998a och Luhmann 1995). Vad som här åsyftas med marknadsaktör är därför en aktör som i relation till andra aktörer i beställarutförarmodellen agerar kalkylerande och där intresset är inriktat på att skapa en så gynnsam utgång som möjligt i utbytesprocessen. Det är endast detta intresse och mål med agerandet som skall vara styrande och inga andra hänsyn skall tas. Denna rationalitet avviker

om jämförelser görs med den rationalitet som förutsätt i en hierarkiskt ”traditionellt” ordnad förvaltning där den underordnade produktionen endast skall rikta in sig på att fullfölja de direktiv som ges. Som indikerats har denna ”växling” inte alltid skett mönstergills, vilket utvecklas mer nedan.

Erfarenheter av beställarutförarmodellen

Beställar- utförarmodellen är en styrmodell som har använts inom bland annat brittisk och svensk hälso- och sjukvård. I båda länderna knöts inledningsvis stora förhoppningar till modellen. Inte minst fanns en förväntan om ökad effektivitet genom tydlig ansvarsfördelning, konkurrens, affärsmässighet och marknadsincitament (se exempelvis Locock 2000, Fischbacher och Francis 1998, Flynn and Williams 1997, Checkland 1997). Modellen är marknadsinspirerad och ett uttryck för vad som brukar kallas New Public Management (NPM) men i både Storbritannien och Sverige fanns även förhoppningar om demokratiska förbättringar (Maddox 1999, Siverbo 2004).

En sammanställning av forskningen kring beställarutförarmodellen i Storbritannien och Sverige visar att förväntningarna på modellen var för högt ställda (Siverbo 2004). De effekter i form av effektivitetsvinster som åstundades visade sig vara svåra att realisera. Orsakerna till problemen var i flera avseenden likartade inom och mellan länderna trots att vissa tydliga skillnader fanns (Lapsley med flera 1997, Siverbo 2004). I Storbritannien är modellen i praktiken avvecklad sedan 1997 då New Labour lade fram sitt nya program The New NHS (Maddox 1999). Beställarna i form av GP fundholders och health authorities ersattes med väsentligt större ’primary care groups’ (PCGs) som skulle samverka med utförarorganisationerna. I Sverige har modellens idéer om konkurrens och affärsmässighet ersatts av idéer om samverkan, samordning och ökad storlek på hälso- och sjukvårdorganisationerna, vilket alltså påminner om utvecklingen i Storbritannien. Likväl lever modellen kvar i många svenska landsting.

Erfarenheterna från Storbritannien visar att många av de förutsättningar som är förknippade med beställarutföraridéen aldrig förverkligades. En viktig förutsättning för att det ska vara möjligt att agera marknadslikt inom ramen för beställar- utförarmodellen är att det finns förutsättningar för konkurrens. I Storbritannien fanns i vissa fall praktiska möjligheter till konkurrensutsättning (om det har jag en ref någonstans) och där konkurrens etablerades förefaller det ha medfört vissa kostnadsminskningar (Propper och Bartlett 1997, Fischbacher och Francis, 1998). Problemet var att kostnadsminskningarna föreföll förutsätta planering, reglering och övervakning av ”marknaden” vilket skapade ökade administrationskostnader (Fischbacher och Francis, 1998). Nettovinsten av att dra nytta av konkurrens var således oklar. Även andra studier har hänvisat till att modellen ökar de administrativa kostnaderna (Laing och Cotton, 1995). Denna effekt borde ha varit möjlig att förutse eftersom Ronald Coase redan på 1930-talet konstaterade att det för med sig en kostnad att nyttja prismetanismen (Coase 1937).

En annan indikation på problemen med att dra nytta av marknadsmekanismen var att beställarna inte brydde sig särskilt mycket om prisskillnader mellan olika utförare eller andra marknadssignaler. Priserna var underordnade väntetider, geografiskt läge och kvaliteten på servicen, vilket i och för sig kan ha berott på att deras ekonomiska situation var förhållandevis god (Ellwood 1997). Att beställarna värderade andra saker än priset är i och för sig inte detsamma som att de inte drog nytta av konkurrensen utan bara ett tecken på att de lade in fler variabler i sin helhetsbedömning av utförarna.

En annan iakttagelse var att det var ovanligt att beställarna sällan bytte utförare även om det kunde finnas skäl till det (Fischbacher and Francis, 1998; Laing och Cotton, 1995). Beställarna remitterade ogärna sina patienter till utförare som de inte tidigare varit i kontakt med och hade erfarenhet av (Ellwood 1997). För de stora beställarna (health authorities) var det svårt att byta utförare eftersom de förväntades ta ansvar för att de lokala utförarna skulle ha sysselsättning. Om de lokala utförarna valdes bort kunde omfattande protester från lokala politiker och andra lokala aktörer förväntas (Walsh med flera 1997). Denna ovilja mot att byta utförare var ett uttryck för att marknaden inte fungerade.

Det fanns andra skäl till att modellen gav upphov till få inslag av marknadslikt agerande. I flera fall saknades praktiska möjligheter att tillskapa konkurrens mellan utförare eftersom alternativa utförare inte fanns. Den utförare som fanns hade monopolställning. De små beställarna (GP fundholders) upplevde att de saknade möjlighet att påverka utförarna (Fischbacher and Francis, 1998). I andra fall upplevde utförarna att de var helt i händerna på en enskild beställare (health authority) (Akehurst and Ferguson, 1993; Walsh, 1995). Således kunde marknaden både hämmas av monopol och monopsoni (Ellwood 1996). Förutsättningarna för marknadsmässigt agerande och konkurrens blev i de fallen i stort sett obefintliga.

Vissa effekter till följd av konkurrens har dock kunnat konstateras. Det finns exempel på beställare i England som har nyttjat möjligheten att förhandla med utförare och genom den förhandlingen lyckats utverka kortare väntetider för behandling åt sina patienter. Motsvarande observationer har inte gjorts i Skottland eftersom en annan praxis utvecklades där (Flynn and Williams, 1997, Walsh med flera 1997). Den friare ställningen som den mindre beställaren (GP fundholder) hade till utföraren medförde att de kunde skapa bättre villkor för sina patienter än de större beställarna (health authorities). Resultatet från studien är kontroversiellt ur ett rättviseperspektiv eftersom servicen till patienterna inte blir likvärdig. Det finns dock andra iakttagelser som indikerar att fenomenet inte var särskilt vanligt förekommande (Maddox 1999).

Relationen mellan beställare och utförare skulle regleras med kontrakt. Annorlunda uttryckt skulle beställarna kontraktsstyra utförarna. Kontrakten skulle föregås av en affärsmässig förhandling om priset och innehållet i beställningen. I de flesta fall blev det emellertid ingen affärsmässighet i så måtto att formella kontrakt tecknades mellan beställare och utförare. I stället tecknades "mjuka" kontrakt, vilket innebar att de var allmänt formulerade och utan paragrafer som reglerade konsekvenserna vid kontraktsbrott (Lapsley and Llewellyn, 1997; Flynn and Williams, 1997; Hughes et. al, 1997, Barker et. al, 1997). Kontrakten hade en underordnad roll och begränsad styreffekt och de viktiga besluten fattades på andra arenor (Flynn och Williams 1997 och Locock 2000). En förklaring till att kontrakten var allmänt hållna var att det annars blev tydligt vad som prioriterades bort, vilket innebar risk för kritik från media och allmänhet (Locock 2000).

Forskare som har gett sig på en sammanfattande bedömning av marknadsmodellerna inom brittisk hälso- och sjukvård drar slutsatsen att det i praktiken inte blev någon övergång från hierarki och planekonomi till marknadsmässighet (Propper och Bartlett 1997). En förklaring kan de tillkortakommanden som redovisats kring beställarutförarmodellen vara. En annan kan vara att organisatörerna av hälso- och sjukvården fick andra idéer om hur effektiviteten skulle ökas inom sektorn. Marknadsidéerna tonades ner och istället betonades samverkan mellan beställare och utförare och vikten av att skapa förtroendefulla relationer (Flynn and Williams, 1997; Flynn med flera, 1997; Fischbacher and Francis, 1998; Giddens, 1999; Locock, 2000).

Erfarenheter från Sverige¹

Inom den svenska hälso- och sjukvården visade det sig vara svårt att få till stånd upphandlingar i konkurrens. Utbudet av hälso- och sjukvård ökade inte i en sådan utsträckning att det var praktiskt möjligt att konkurrensutsätta de befintliga utförarna. För beställarna blev det därför poänglöst att organisera marknadsmässiga upphandlingar.

Det innebar emellertid inte att beställarna avstod från att försöka kontraktstyra utförarna. Att upphandlingar inte sker i konkurrens innebär inte att kontraktstyrning blir omöjligt. Men inte heller intentionerna med kontraktstyrning kunde efterlevas särskilt väl. Kontrakten innehöll beställningar på mycket generell nivå och tecknades oftast med sjukhusen i sin helhet och inte direkt med de olika klinikerna. Ibland blev det dessutom så att beställarna beställde föregående års volym minus de besparingar som krävdes. Beställarna vägledades ofta i sina beställningar av utförarnas produktionsplaner och inte av egen information kring vad som var nödvändigt att satsa på. En annan observation var att kontraktstyrningen inte medförde den tydliga rollfördelning mellan köpare och producenter som var avsedd utan beställare engagerade sig i utförarfrågor och omvänt. Kontrakten hade inte den styrande effekt som förväntades, vilket eventuellt berodde på att det inte fanns några praktiska möjligheter – och ofta inte heller någon politisk vilja – att vidta sanktioner mot avtalsbrytare. Återkommande underskott för flera organisationer vittnade om att kontrakten inte respekterades.

Ett bryderi som uppkom för beställarna var att den medicinska professionen, i synnerhet inledningsvis, var skeptiskt inställd till att bli kontraktstyrda. Utförarna upplevde att beställarna saknade erforderliga medicinska kunskaper för att på ett relevant sätt beställa hälso- och sjukvård. Ett annat bekymmer till följd av denna obalans i medicinska kunskaper var att utförarna dominerade förhandlingarna. Dessutom konstaterades att beställarna och utförarna emellanåt inte kunde komma överens och att det medförde perioder utan avtal.

Ett annat dilemma var att relationen mellan beställare och utförare inte fick utvecklas fritt från yttre intervenering. Det var inte ovanligt att företrädare för den politiska nivån som ansvarade för finansieringen av systemet – det vill säga de som fördelade ramar till beställarna och som hade ägaransvar för de interna utförarna – gav direkta direktiv till eller åtminstone försökte påverka beställarna. Det hände i synnerhet när finansierarna upplevde att beställarnas agerande medförde suboptimering. När politikerna på central nivå upplevde att beställarna inte tog ansvar för helheten gav de direktiv på ett sätt som förändrade förutsättningarna för beställarna.

De tillkortakommanden som har beskrivits är en förklaring till att de marknadslika elementen i modellen allt mer har tonats ner. De organisationer som entusiastiskt och aktivt började arbeta med upphandling, förhandlingar och formella avtal övergav dessa tidskrävande aktiviteter och började istället göra mer övergripande överenskommelser. Från och med mitten av 1990-talet kom dessutom andra idéer om hur hälso- och sjukvården skulle effektiviseras. Som redan har nämnts upphöjdes samverkan och samordning till ideal. Större enheter skapades, vilket minskade möjligheterna till konkurrens ytterligare. Beställare och utförare började inrikta sig på att skapa en effektivare hälso- och sjukvård genom dialog, samarbete och långsiktiga förtroendefulla relationer.

¹ Avsnittet baseras på Siverbos (2004) sammanställning av de svenska erfarenheterna.

Organisering som hantering av komplexitet

Genomgången visar att de svenska erfarenheterna av beställarutförarmodellen liknar de brittiska, trots viktiga kontextuella och modellmässiga skillnader. Upphandling i konkurrens störs av att alternativa utförare saknas eller av ovilja att byta utförare. Dessutom har stora beställare problem med att välja andra utförare än de lokala eftersom det uppfattas som att man inte värnar om den egna verksamheten. I Sverige interverade den överordnade politiska nivån när beställarna beställde ”fel”, det vill säga så att de interna producenterna inte fick fullt kapacitetsutnyttjande. Därtill kommer observationen från de båda länderna att kontraktsstyrningen i praktiken har varit av underordnad betydelse. Utvecklingen därefter har i både Storbritannien och Sverige varit mindre inriktad på att nyttja marknadsmekanismen och mer på att nyttja de fördelar som uppstår vid samarbete. En för den här studiens vidkommande särskilt intressant notering är att de mindre beställarna i England (GP fundholders) i vissa fall nyttjade möjligheten att förhandla med utförare och att det gav bättre villkor för deras patienter.

Den uttolkning som görs här av utvecklingen är att den kan förstås som ständiga försök att hantera komplexitet av olika karaktär. Den teoretiska utgångspunkten är Niklas Luhmans systemteori (1995) som har som en central utgångspunkt att sociala system existerar eftersom de reducerar komplexitet. Komplexiteten reduceras så till vida att antalet handlingsalternativ begränsas genom att strukturer byggs upp. Strukturerna består av förväntningar som kringgärdar handlingssituationer och som genom sin existens skapar kontingens. Genom att antalet handlingsalternativ som alltid är oändligt reduceras möjliggörs ett mer effektivt agerande. Samtidigt ställs krav på en selektion. Centrala frågor vid organisering blir därmed vad som skall beaktas och vad som inte skall beaktas. Genom att vissa saker beaktas sker en fokusering på dessa medan de som inte beaktas lämnas utanför, vilket inte innebär att de tappar betydelse eller förlorar sin inverkan på aktiviteterna som pågår inom systemet. Ovan framgår det att viktiga avvägningar exempelvis handlar om huruvida särintressen, som värnande om lokala producenter, skall ställas mot allmänintressen, som kostnadsreduktion genom nedläggning av små improduktiva enheter.

En organisation med en väldefinierad uppgift och där handlingsalternativen är kraftigt begränsade är autonom till sin karaktär (Luhmann 2003). Processen som avgränsningen sker genom har beskrivits med de båda begreppen inramning och forcering (Kastberg 2005). Inramningen vid tillskapandet av en beställarutförarorganisation handlar om att skapa aktörer som fungerar enligt de beskrivna rollerna och att de interagerar enligt de mönster som förutsätts i modellen. Det skall finnas beställare och utförare och de skall agera för att maximera ur sitt eget perspektiv (Hallin och Siverbo 2002). Ytterligare en central komponent är konkurrens som skall bidra till att skapa en effektivare verksamhet. Inramningen bidrar därmed till att reducera komplexitet genom att handlingsalternativen kringskärs och de olika aktörernas agerande går att förutsäga. Forceringen handlar om den komplexitet som inte hanteras eller som uppstår som en effekt av att komplexitet hanterats. Ibland kan forceringen göra sig påmind och leda till att inramningen måste förändras. I sammanfattningen ovan av erfarenheterna från försöken att introducera beställarutförarmodeller framgår det den inramning som förutsätts i modellen sällan gjorts. Varken beställarna eller utförarna har erhållit tydliga uppdrag och relationen dem emellan har ofta inte skett enligt kontraktsmässiga förhållanden. Samtidigt framgår det att i försöken att introducera nya roller har lyft fram nya problem. Exempelvis har frågan om kompetensen hos beställaren lyfts fram som en ny komplexitet som är en effekt av den nya organisationen.

I det nästföljande avsnittet sker en presentation av den studerade enheten. Därefter följer en analys av iakttagelserna med hjälp av begreppen inramning och forcering.

Utvecklingen i de båda länderna kännetecknas av att beställarna har blivit större och att användandet av marknadsmekanismerna har tonats ner. Fragmenteringen av de offentliga organisationerna och affärsmässigheten som skulle ge konkurrens har ersatts av integrering syftande till stordriftsfördelar. Den fråga som är av intresse i det här pappret är vad som hade kunnat åstadkommas om utvecklingen hade förts i motsatt riktning, det vill säga om beställarna hade gjorts mindre. Hade det förbättrat förutsättningarna för att agera enligt de intentioner som stipuleras i modellen? Denna fråga belyses i detta papper med hjälp av en studie av en liten beställare som upphandlar elektiv vård åt en speciell kategori patienter inom en region i Sverige.

Den lilla beställare (DLB) som är föremål för studie är Västra Götalandsregionens kökansli. DLB tillskapades i en situation när politikerna i Regionen ansåg att väntetiderna för vissa behandlingar och operationer var orimligt långa. De skapade en behandlingsgaranti som innebar att ingen patient med remiss skulle behöva vänta längre än ett år på behandling. Garantin gällde sju särskilt utvalda diagnoser. DLB fick uppgiften att förverkliga garantin genom att beställa behandlingar och operationer åt patienter som väntat längre än ett år. De fick en budget och befogenheter att vända sig till vilka utförare som helst, alltså inte enbart Regionens egna sjukhus. I pappret undersöks om DLB lyckades agera marknadslikt, det vill säga mer i enlighet med de ursprungliga idéerna i beställar- utförarmodellen. Med marknadslikt agerande avses att dra nytta av konkurrens mellan utförare och att reagera på prissignaler.

Västra Götalandsregionens kökansli

I Västra Götalandsregionen konstaterades år 2000 att väntetiderna för operation och behandling hade blivit oacceptabelt långa. Diskussioner inleddes därför om hur väntetiderna inom vården skulle kunna minskas. Diskussionerna utmynnade i en tillgänglighetssatsning benämnd "Projekt kortare väntetider", där ett samlat grepp togs för ökad tillgänglighet och kortare väntetider i sjukhusvården. En del av projektet var att tillskapa ett kansli för att hantera köproblematiken. Kansliets verksamhet hade en tydlig koppling till den så kallade behandlingsgarantin, som innebar att patienter med vissa diagnoser garanterades behandling inom nio månader. Garantin gällde allmän kirurgi, ortopedi, urologi, gynekologi, hörselnedsättning, ögonsjukvård och reumatologi. Kökansliets uppgift är att se till att de så kallade garantipatienterna får den vård de tillförsäkrats genom att genomföra upphandlingar.

Kansliet består av en chef, fem handläggare och en ekonom. Vid behov står tre läkare till förfogande som medicinska rådgivare. I planeringen av kökansliets verksamhet avsattes för år 2002 inledningsvis femtio miljoner sek för kansliets upphandlingar. Trettio av dessa miljoner kom emellertid att överföras till den ordinarie beställningsverksamheten. De återstående tjugo miljonerna skulle användas för köp av operationer och behandlingar. På grund av att kökansliet under verksamhetsåret uppmanades att genomföra besparingar, användes till slut sju miljoner sek för upphandlingarna. För år 2003 uppgick resurserna inledningsvis till 25 miljoner sek, men efter besparingar även detta år blev återstoden 15 miljoner.

Tillvägagångssätt

Kansliet är en del av ett större nätverk av relationer och aktörer. Viktiga aktörer är förutom kökansliet, de vårdgivare där patienter väntar på behandling, de vårdgivare kökansliet vänder sig till för att upphandla tjänster och den politiska överbyggnaden.

Intervjuerna utgör studiens primära datakälla. Totalt genomfördes 22 intervjuer. Vid urvalet av respondenter var ambitionen att komma till tals med personer som kunde förväntas ha olika bilder och upplevelser av kökansliets upphandlingar. Intervjuer har genomförts med:

- personalen på kökansliet, inklusive en medicinsk rådgivare
- läkare och koordinators verksamhet på Regionens sjukhus.
- läkare och annan personal hos de utförare som kökansliet köpt tjänster av
- politiker som ansvarar för hälso- och sjukvården
- tjänstemän som arbetar på regionens ordinarie beställarkansli

Andra datakällor är beslutsprotokoll, ekonomiska uppgifter och statistiskt material. En avgränsning har varit att vi valt att fokusera på två diagnoser: hörselnedsättning, grå starr och en specialåtgärd.

Kökansliets upphandlingar

Kökansliet har ett flertal uppgifter, enligt respondenterna, men två uppgifter föreföll vara mest centrala. De flesta menade att den primära uppgiften är att hjälpa patienterna till en vårdgivare genom att sluta avtal med vårdgivare. När kansliet startade sin verksamhet fanns målsättningen att de patienter som vände sig till dem skulle få vård inom sex veckor. Som en del i denna uppgift ingår att leta upp potentiella vårdgivare, förhandla fram avtal och sedan hänvisa patienterna dit. En av respondenterna framhöll att en viktig del av detta arbete är att erbjuda en likvärdig vård och att få de patienter som tagit kontakt med dem att känna sig trygga. Lotsfunktionen betonades också i sammanhanget med vilken man menar att kökansliet har till uppgift att länka samman patient och vårdgivare.

En andra uppgift handlar om att arbeta med att ta fram och sprida information. Det rör sig dels om att informera politiker och tjänstemän, dels om att informera patienter. Vad gäller information till patienter handlar det om att sprida kunskap om kökansliets verksamhet och vad kökansliet kan hjälpa till med, men också om de rättigheter behandlingsgarantin ger patienterna. Beträffande information till politiker framhöll flera respondenter att det handlar både om att informera om behandlingsgarantin som sådan och om aktuella väntetider.

Utöver de båda huvuduppgifterna framgick det under intervjuerna att ett flertal andra uppgifter ansågs som en del av verksamheten. En sådan uppgift är att följa upp behandlingsgarantin och en annan att arbeta med regionens väntelistor. Flera respondenter framhöll att vid Kökansliets uppstart fanns det tankar om att Kökansliet skulle ta initiativ till att flytta väntelistorna från respektive sjukhus och istället administrera dem centralt. Intervjuerna visar att det fanns och finns en misstro mot sjukhusens sätt att hantera väntelistor. En misstanke som flera av de intervjuade lyfte fram var att det kunde ligga i sjukhusens intresse att ha långa väntetider eftersom det visar att verksamheten är efterfrågad och nödvändig.

En uppgift som flera av de anställda på kökansliet framhöll som viktig var att kökansliet skulle lyfta fram problem och ifrågasätta den verksamhet som bedrivs inom regionen. Eller som en av respondenterna uttryckte det:

”Vi ska vara det lilla irritationsmomentet genom att jobba på tvären. Vi ska vara en motor i förändringsarbetet.”

Konkreta åtgärder som har vidtagits

Bland de konkreta åtgärder som har vidtagits för att korta väntetiderna nämner respondenterna verksamheten med att hjälpa patienter som stått i kö längre än nio månader att få komma till nya vårdgivare. Men även om det är den dominerade åtgärden framhölls ytterligare några under intervjuerna. En respondent beskrev att en åtgärd var att ”de stökat till” i betydelsen att de lyft fram problem och ifrågasatt rådande praxis gällande hantering av väntelistor. Att kökansliet har ifrågasatt hur saker och ting fungerat inom regionens verksamheter var något som hävdades av flera respondenter som var anställda vid kökansliet, men också andra som exempelvis politiker.

En åtgärd som flera respondenter menade att kökansliet inte vidtagit var att centralisera väntelistorna genom att flytta dem från de enskilda sjukhusen. Även om det var en av målsättningarna så har inga sådana aktiviteter genomförts. En anledning som nämndes under intervjuerna var att motståndet mot en sådan förändring ute på sjukhusen är alltför kompakt för att det ska gå att genomföra. En av de intervjuade på kökansliet uppgav att försök hade gjorts att flytta en väntelista men att det inte gått på grund av problem med motståndet. En av politikerna som intervjuades framhöll att förflyttning av väntelistor kan ses som ett andra steg, som i sinom tid ska tas.

Processen - från kö till behandling

En av kökansliets huvuduppgifter är att hjälpa de patienter som omfattas av behandlingsgarantin. Att patienten vänder sig till kökansliet är själva startpunkten eftersom kökansliet inte aktivt söker upp patienter som omfattas av garantin. Det är patienten som måste välja att vända sig till kökansliet, framhöll flera respondenter. Kökansliet arbetar med att informera allmänheten om sin verksamhet, men ofta är det så att de som vänder sig till kökansliet har hört någonstans om deras verksamhet. Inte minst genom massmedia där kökansliets verksamhet har uppmärksammats vid ett flertal tillfällen. Även sjukhusen som har kö har efter ett ganska kraftigt motstånd initialt, börjat informera garantipatienter om deras rättigheter och kökansliets verksamhet. Vissa har utarbetat rutiner där alla patienter som stått i kö i mer än nio månader får ett brev hem med information om kökansliet.

Inte sällan är det anhöriga som hör av sig å släktingars vägnar. Patienterna får, lite beroende på vilken diagnos det gäller, frågan om de är villiga att resa och få behandling på annan ort. Det innebär inte att man kan välja att inte resa och garanterat få behandling ändå. Det är kökansliet som avgör i vilken utsträckning det är rimligt att tillmötesgå patienten på den punkten.

Vid den första kontakten kontrolleras att patienten väntat i den tid som krävs för att kvalificeras som garantipatient. Det är också i denna första fas som det undersöks om patienten lider av några besvär utöver den diagnos som hjälp söks för. Detta för att undvika att patienter skickas till vårdgivare som inte klarar av vissa ingrepp och behandlingar. En kontroll

av hur lång väntetid patienten har kvar för att få vård hos den gamla vårdgivaren sker också eftersom det kan visa sig att det går fortare att få hjälp där än hos en ny vårdgivare. En av respondenterna menade att i början när kökansliet var nytt var det inte ovanligt att de gamla vårdgivarna "fick fart" och hjälpte patienterna när de fick reda på att de skulle vända sig någon annanstans:

"Ibland får den gamla vårdgivaren fart när de märker att patienten är i färd med att byta vårdgivare. Det var väldigt vanligt i början. Det var ett slags obstruktion från sjukhusen."

Efter det att en kontroll skett av patientens uppgifter tas en kontakt med en alternativ vårdgivare. För vissa diagnoser finns det avtal med vårdgivare, medan för andra måste nya avtal tecknas. Vid denna kontakt bestäms datum för patientens behandling. Därefter begär den nya vårdgivaren in journalen från den gamla. Detta uppgavs ha fungerat bra även om det framhölls att det skapar merarbete för den gamla vårdgivaren. Särskilt betungande hävdades det emellertid inte vara av någon. Efter det att journalen eftersänts skickas en kallelse till patienten om tid för behandling. Här varierar sedan proceduren beroende på behandlingens art. I avtalen med den nya vårdgivaren stadgas det att vården ska ske inom en viss tid och kökansliet följer upp att tiderna hålls och att patienterna inte behöver vänta i mer än maximalt tre månader för att få behandling. Bland de vårdgivare som skrivit avtal med kökansliet framhölls det att det var viktigt att hålla sig inom tidsramarna. En respondent som representerade en vårdgivare som även levererade sjukvård på uppdrag av andra menade att de betraktade kökansliets patienter som prioriterade.

De flesta respondenterna som jobbar på kökansliet eller har inblick i deras verksamhet ansåg att arbetet med att hjälpa patienter går bra. En respondent som arbetar inom regionen, men inte på kansliet uttryckte det på följande sätt:

"Jag tycker att det har varit ett exempel på där man faktiskt åstadkommit någonting för invånarna, det bästa exemplet på hälso- och sjukvården som varit till nytta för patienterna."

De patienter som får hjälp är föga förvånande nöjda, vilket bland annat noterats i en uppföljningsstudie. Samtidigt upplevde flera respondenter det som frustrerande att de inte alltid kunde se att köerna minskar trots att de hjälpt många med en viss diagnos.

Ett problem som personalen vid kökansliet uppgav, var att det fanns för få vårdgivare att vända sig till vid upphandlingar. Ett exempel som gavs där det varit svårt att hitta en lämplig vårdgivare var inom fotkirurgi.

Avtal och upphandlingar

För att kunna hjälpa de patienter som vänder sig till kökansliet måste kontakter tas med vårdgivare som kan utföra de behandlingar som är aktuella. Kökansliet är emellertid inte helt fritt att vända sig till vilken vårdgivare som helst, utan ska i första hand vända sig till dem som inom Västra Götalandsregionen har kapacitet att ta emot och utföra behandlingar utöver ordinarie beställningar. Ett problem med att kökansliet först måste vända sig till regionens utförare var enligt en av respondenterna att det skapar en medvetenhet bland utförarna om att de får frågan först och att konkurrensen därmed inte blir lika hård. En annan respondent

framhöll emellertid att det var rimligt att den kapacitet som finns i Västra Götalandsregionen utnyttjas fullt ut innan andra vårdgivare anlitas. I synnerhet som en av regionens producenter kan brottas med långa väntelistor medan en annan har överkapacitet.

Flera av respondenterna hävdade att kökansliet genom sina upphandlingar lyckats pressa priserna. Genom att ställa olika producenter mot varandra och jämföra priserna har de skapat en medvetenhet om vilka prisskillnader som finns och kunnat välja de som är billigast. Ett exempel som en av respondenterna lyfte fram var grå starroperationerna där priset hos en vårdgivare i ett närliggande landsting var 14000 sek per öga, medan det hos en privat aktör i Göteborg låg på cirka sek för samma behandling.

För många av behandlingarna tecknas emellertid inga separata avtal, utan befintliga avtal som Västra Götalandsregionen har används. Möjlighet till att skriva hängavtal eller utnyttja optioner på extra behandlingar finns ofta i redan skrivna avtal. På samma sätt fungerar det när de vänder sig till producenter i andra landsting (i bland annat Halland och Stockholm har dessa landstings avtal med vårdgivare utnyttjats).

Vid upphandlingar av tjänster som överstiger ett visst belopp måste Lagen om offentlig upphandling (LOU) tillämpas. På kökansliet försöker de följa LOU, men lagen ses ibland som ett hinder för att kunna agera snabbt och flexibelt och ibland hade det varit att föredra om direktupphandling kunnat ske oftare. En av respondenterna beskriver arbetet med upphandlingar som trögt och segt, särskilt som kökansliet ofta inte på egen hand gör upphandlingen. Enligt en respondent utanför kansliet borde kökansliet kunna teckna ramavtal och följa intentionerna i LOU i större utsträckning. Ett problem som framhölls är att eftersom kökansliets finansieringssituation är osäker och att de ofta inte vet riktigt hur många patienter som kommer att vända sig till dem beträffande en viss diagnos är det svårt att teckna avtal. Vårdgivaren vill gärna ha besked om hur många som avtalen omfattar. Utöver det framhölls även kökansliets osäkra ekonomiska situation som ett hinder vid upphandlingar. Eftersom finansieringen varierar över tid är det svårt att binda sig vid avtal. En respondent med insyn i kökansliets verksamhet uttryckte det på följande sätt:

”Deras finansiering har varit osäker vilket försvårar. När pengarna väl kommit har det varit för bråttom och upphandlingar tar lång tid.”

Enligt respondenter på kökansliet är det inte heller så att man i samtliga fall lyckats pressa fram det bästa priset även om man oftast har lyckats. En respondent beskriver det som att kökansliet nog över lag lyckats hamna under genomsnittspriset. Men att kökansliet skulle ha varit framgångsrikt och haft som entydig strategi att ”shoppa”, alltså att skriva avtal som ligger på marginalen hos producenterna och därmed ge ett klart lägre pris, är det ingen som framhåller. En respondent beskrev det som att det handlar om en avvägning mellan bra pris och snabbhet. Vid snabba upphandlingar vid sidan om LOU är det svårt att veta om det är ett bra pris eller ej.

En annan oväntad effekt som framhölls var att verksamheten har lett till att priserna pressats i vissa fall. Kökansliet som sökt upp nya vårdgivare har kunnat jämföra och förhandla priser med flera utförare, vilket har lett till avtal med lägre priser än vad som tidigare funnits inom regionen. En effekt av verksamheten har också varit att fler nya aktörer sökt sig till regionen. Ett exempel på en sådan vårdgivare är ett företag som sysslar med utprovning av hörapparater som har startat upp en verksamhet i Göteborg enbart på grund av kontraktet med kökansliet. Att nya vårdgivare anlitas för att utföra vård åt kökansliet har också lett till att privata

alternativ har blivit mer accepterade, menade en respondent. En annan respondent framhöll att detta var mycket olyckligt och att den offentliga vården borde klara all vård som det finns behov av.

Även om inga direkta analyser gjorts av hur avtalen ser ut och vilka priser som gäller, tonar bilden fram att avtalen ligger under eller i linje med de ordinarie priserna som regionen betalar för samma behandlingar i andra sammanhang. Att hjälpa garantipatienterna verkar därför bli något billigare, eller i alla fall inte dyrare, än att använda sig av den interna produktionen.

Ett problem är kopplat till utbudet av vårdgivare och restriktioner för vilka vårdgivare som kan komma ifråga. För vissa av de diagnoser som omfattas av garantin har det varit svårt att finna vårdgivare som kan utföra behandlingarna. Ibland har det inte gått att finna en vårdgivare överhuvudtaget och ibland har patienterna fått resa utanför regionen. Även om själva resandet inte lyftes fram som ett problem är det givetvis alltid att föredra om vårdgivaren finns på nära håll. En annan sida av problemet med vårdgivare är restriktionen att kansliet i första hand måste vända sig till de regioninterna producenterna. Även om det kan te sig rimligt att de interna resurserna tas i anspråk först bör inskränkningen i konkurrensen och den minskade möjligheten att vidga producentutbudet vägas in. En fråga som infinner sig är varför det ska behövas ett extra kansli som lotsar runt patienter inom regionen?

Ett annat problem är dels kopplat till verksamhetens natur, dels kopplat till de finansiella förutsättningarna. De avtal som kansliet sluter med externa vårdgivare bör följa LOU. Samtidigt försvåras detta av att vårdgivare förmodligen vill att avtalen ska omfatta vissa kvantiteter, vilket kökansliet inte alltid kan bestämma i förväg eftersom det är beroende av hur många garantipatienter som vänder sig till kökansliet för att få hjälp. Beträffande de diagnoser som behandlas i större kvantiteter, såsom grå starr och hörapparater, har det slutits avtal för kökansliets räkning, medan det inte har gjorts för andra behandlingar som omfattar färre antal. Problematiken med de osäkra volymerna förstärks av att den finansiella situationen varit instabil för kökansliet. Budgeten var från början 50 mkr, men minskades gradvis, även under budgetåren, vilket har förändrat förutsättningarna för att handla upp behandlingar. Minskningen av anslagen har bland annat bidragit till att vissa diagnoser inte längre omfattas av garantin. Kökansliets förutsättningar att detaljplanera verksamheten ter sig därför begränsade.

Hotet från kökansliet

Ett problem som framhölls i sammanhanget var att väntelistorna i alltför hög utsträckning "tillhört" enskilda läkare. Istället för att väntelistan är kopplad till en behandling som utförs på en klinik, har den varit kopplad till en enskild läkare som utför behandlingen.

Men kökansliet uppgavs också ha fört med sig en rad "bieffekter" eller oväntade effekter. En sådan som flera respondenter lyfte fram var att verksamheten stimulerat till ett nytt synsätt inom regionen. Tidigare uppgavs det ha varit så att man såg patienterna som något som sjukhusen "ägde". De patienter som stod på en väntelista på ett sjukhus skulle också stå där tills de blev behandlade på just det sjukhuset och inte släppas iväg eller hänvisas till ett annat sjukhus med kortare väntetid. Men detta synsätt har utmanats av kökansliet, enligt respondenter som arbetar där. En av de anställda beskrev det som att de har skapat en massa irritation. Kökansliets uppgift går stick i stäv med uppfattningen att patienterna ska stå i en

viss väntelista på ett visst sjukhus. En respondent framhöll att kökansliets verksamhet upplevdes som ett hot:

”Hotet låg i att kliniker finner en trygghet i att ha en väntelista. Har man ingen väntelista kan verksamheten vara hotad. Därför är väntelistan en tillgång för en klinik.”

Men kökansliets verksamhet har med tiden blivit mer accepterad ute bland personalen på sjukhusen enligt flera respondenter som arbetar både på kansliet och ute på sjukhusen. Personalen på kansliet har etablerat en mer personlig kontakt med flera av de koordinatörer som arbetar med hanteringen av väntelistor på sjukhusen vilket underlättar samarbetet.

En respondent menade också att kökansliet visat att mer resurser faktiskt ger mer vård. Men samtidigt som den effekten noterats framhölls en annan mindre positiv effekt nämligen att kökansliets verksamhet innebär att pengarna rinner ut vid sidan av. En situation kan uppstå där besparingar i sjukhusens budgetar leder till att tillgängligheten minskar och fler patienter vänder sig till kökansliet, vilket leder till ökade kostnader för regionen. En besparing på en klinik skulle enligt resonemanget kunna ”ätas” upp av ökade kostnader för kökansliet.

En negativ effekt som påpekades under intervjuerna var att kökansliet försämrade möjligheterna till långsiktig planering ute på sjukhusen. En respondent menade att kökansliet var en del i de med jämna mellanrum återkommande satsningarna på att korta väntetiderna och att de punktinsatser som har gjorts bara har lett till tillfälliga förbättringar. Så fort satsningarna har avslutats har köerna åter växt. Det hade varit bättre om resurserna hade fördelats ut till sjukhusen, vilket möjliggör att ett visst antal anställda kan hållas över tiden, enligt personalen på en klinik inom regionen. En annan effekt som påverkar sjukhusen negativt är att volym försvinner och därmed förutsättningar för en god utbildnings- och forskningsverksamhet.

Flera respondenter, både sådana som arbetar på kökansliet och sådana som har sin hemvist i andra delar av regionen, menade att ett starkt motstånd har bjudits bland sjukhusen i regionen och att en bidragande orsak till detta var att de medicinska prioriteringarna ersatts med andra prioriteringsgrunder.

För flera av diagnoserna som är aktuella för kökansliet, finns det olika prioriteringsregler på klinikerna, där patienterna sätts upp på väntelistan på grundval av prioriteringsgrad. Ett exempel som lyftes fram under intervjuerna var grå starr där klassificeringen skedde med hjälp av tre grupperingar: enkel förtur, dubbel förtur och ingen förtur. Andra kliniker har andra prioriteringsgrupper för andra diagnoser. Bland respondenter som arbetade på sjukhusen som har långa väntelistor hävdades det att prioriteringsgrunden nio månader ledde till att de som var i mindre behov av behandling fick gå före dem som hade ett större behov. Flera respondenter menade att detta var ett felaktigt och orättvist sätt att prioritera.

Systemen med att väntelistorna bygger på olika förtur innebär att väntetiden kan variera betydligt beroende på vilken prioriteringsklass en patient tillhör. För en patient med dubbel förtur kan väntetiden vara sex månader, medan den för en annan patient utan förtur kan vara 20 månader. Men det kan innebära att den som inte har någon förtur inte alls rör sig framåt i väntelistan, eftersom det framför hela tiden fylls på med patienter med förtur. Vissa av de intervjuade som arbetar på sjukhusen upplevde den situationen som oproblematisks eftersom det bygger på medicinsk prioritering. De som inte får hjälp behöver det inte heller. Andra

hävdade att det kanske inte borde finnas några prioriterade grupper, utan att alla borde stå i samma väntelista. På frågan om kökansliets verksamhet som tar emot lågprioriterade patienter har lett till att sjukhuset kan fokusera mer på de med högre prioritet svarade en respondent:

”Nej, det är en ryggsäck (de lågprioriterade) som försvunnit som vi bara haft dåligt samvete för. De skulle ändå inte ha fått hjälp.”

Samma respondent, tillsammans med flera andra, menade att kökansliet har lett till att gruppen av medicinskt lågprioriterade patienter får vård. Flera, men inte alla, tyckte att detta var positivt. På sjukhuset där ett avtal slöts med kökansliet – om att extraresurser skulle erhållas om sjukhuset klarade av att korta sina väntetider till maximalt nio månader samt operera bort de väntelistor där behandlingar har slutat genomföras – menade man att det var bra att de lågprioriterade patienterna äntligen fick hjälp.

Lotsning av garantipatienter

Processen med att bistå garantipatienter med den hjälp de behöver för att få vård har enligt tämligen samstämmiga uppgifter fungerat väl. För vissa diagnoser som exempelvis hörapparat och grå starr har avtal slutits där patienterna som kommer via kökansliet garanteras vård inom en viss tid. Genom kökansliets verksamhet förbättras därmed möjligheterna för de patienter som har stått på en väntelista längre än garantitiden att få den behandling som de väntat på; garantin blir en garanti.

Även om själva processen med att lotsa garantipatienter vidare till nya vårdgivare beskrivs som lyckad har verksamheten inte vunnit acceptans i alla läger i regionen, men motståndet mot verksamheten har minskat med tiden. När kökansliet startade sin verksamhet fungerade dialogen med de olika sjukhusen dåligt och kökansliet betraktades som en verksamhet som gjorde intrång på sjukhusens traditionella område. Det försvårade kökansliets arbete inledningsvis. Men efter hand som verksamheten har bedrivits verkar kökansliet ha blivit allt mer accepterat. Det finns dock fortfarande en del personer som har synpunkter på verksamheten. Detta behandlas mer ingående längre fram.

För att kunna hjälpa de patienter som omfattas av behandlingsgarantin har kökansliet vänt sig till olika vårdgivare som utför tjänster på de olika områdena. Först och främst har vårdgivare med ledig kapacitet inom regionen fått en förfrågan och bara om det inte finns någon regionintern producent har externa vårdgivare som exempelvis andra landsting eller privata vårdföretag fått frågan. För många av diagnoserna har kökansliet utnyttjat så kallade hängavtal och optioner på extrabehandlingar som den centrala beställarenheten har förhandlat fram. Utöver det har även vissa avtal slutits direkt med vårdgivare och ibland har det handlat om upphandlingar för enstaka behandlingar.

Även om kökansliets sätt att arbeta med att ta hand om de garantipatienter som vänder sig dit beskrivs som välfungerande skedde ett ifrågasättande av kökansliets existensberättigande på grund av de extrakostnader som verksamheten genererar. Flera av respondenterna framhöll att det hade varit bättre om de 3 mkr som kansliet kostar hade satsats på mer vård istället. Pengarna som nu går till administration kunde satsas i den regioninterna produktionen.

Kökansliet har sedan starten inte erhållit de budgeterade resurserna fullt ut, utan har fått nöja sig med en lägre tilldelning än planerat. Detta får konsekvenser eftersom det minskar utrymmet för att handla vård. Frågan är om en verksamhet som har till uppgift att se till att en

garanti efterlevs över huvud taget går att styra med hjälp av resursbegränsningar utan att det samtidigt sätter en gräns för garantins verkställighet. Beträffande kökansliet har problematiken lösts genom att några av de diagnoser som tidigare var föremål för garantin inte längre får någon hjälp genom kökansliet. Dessa prioriteringar har gjorts på tjänstemannanivå. Målet med verksamheten har därmed snävats in och garantin är fortfarande en garanti men för ett färre antal diagnoser.

Avtalen

I arbetet med att få tag på alternativa vårdgivare till garantipatienter måste kansliet ta hänsyn till många saker: LOU, snabbhet, pris och optimalt kapacitetsutnyttjande av regioninterna vårdgivare. Det sistnämnda handlar om att uppdraget i första hand ska gå till regionens vårdgivare, eftersom deras kapacitet bör nyttjas till fullo. Denna restriktion försvårar ibland möjligheterna till konkurrensutsättning och kan därigenom motverka prispress. För kökansliet handlar det om att balansera svårförenliga värden som flexibilitet och snabbhet samt lågt pris och planering.

Eftersom kansliet inte gör egna upphandlingar för en del behandlingar, utan använder sig av befintliga avtal eller så kallade hängavtal med vårdgivare, får kansliet inte alltid sina behandlingar utförda billigare, men inte dyrare heller. En intressant fråga är om inte kökansliet med sin fria ställning, sitt speciella uppdrag och sin oansenliga storlek i större utsträckning kunnat nyttja möjligheten att ”shoppa”, det vill säga upphandla behandlingar på marginalen hos vårdgivarna och nyttja att deras fasta kostnader redan täckts av någon annan beställare? I studien framträder tre förklaringar till varför shopping har varit svårt.

1. Merparten av de behandlingar som kökansliet har förmedlat till garantipatienterna har gällt grå starr och hörselhjälpmedel. Därigenom har tämligen stora volymer upphandlats. Detta försvårar shopping eftersom det bygger på inköp av ett fåtal behandlingar.
2. Shopping innebär inte att det saknas en motpart vid förhandlingen som har åsikter om vad marginalkostnaden för ytterligare en behandling är. Exempelvis hade en leverantör i stort sett kökansliet som huvudkund, vilket inte borgar för någon shopping på marginalen.
3. Shopping förutsätter en marknad där det finns god tillgänglighet till vårdgivare som har överkapacitet. Detta är förutsättningar som knappast påminner om kökansliets. För vissa behandlingar har inte ens en enda vårdgivare gått att uppbringa.

Dessutom är det viktigt att poängtera att upphandlingar inte enbart handlar om pris utan även om kvalitet och tillgänglighet. Internationella studier har visat att köpare av vård i första hand påverkas av dessa faktorer och i tämligen ringa utsträckning av prissignaler (Ellwood 1997). I fallet med kökansliet är förmodligen en viktig bidragande orsak att snabbhet och flexibilitet har varit viktiga ingredienser i beställningarna.

Genomgången av det empiriska materialet visar att kökansliet trots detta har en påverkan på priserna och deras utveckling inom regionen. Kökansliets kunskaper om vad behandlingar kostar på andra sjukhus och i andra landsting innebär en informell prispress på de regioninterna vårdgivare som har anlitas. Genom att lyfta upp olika prisexempel för samma diagnoser har kunskapen bland politiker och tjänstemän i regionen om olika prisalternativ tydliggjorts. Priser kan pressas med jämförelser; konkurrens är inte alltid nödvändigt. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att kökansliet i många fall även har möjlighet att välja

den vårdgivare som är billigast. Men utöver det har kökansliet också bidragit till att förbättra marknadssituationen i regionen vad gäller vårdgivare. Nya vårdföretag som levererar olika typer av behandlingar har etablerats i regionen eftersom kökansliet använder sig av deras tjänster. Fler kunder har lett till fler producenter. I förlängningen innebär det också att andra beställare inom regionen har fler att vända sig till, vilket skapat en ökad press på att vara konkurrenskraftig.

Alla gillar inte kökansliet

I beskrivningen av processen ovan framgår det att kökansliets verksamhet varit och är ifrågasatt av vissa. Främst handlar det om anställda på regionens sjukhus. Men inte alla anställda, utan något tillspetsat verkar det som om läkarna är mer skeptiskt inställda till kökansliet än annan personal på sjukhusen. Vi har dock inte underlag för att göra några uttalanden om hur pass vidsträckt denna inställning är bland läkarna.

En starkt bidragande orsak till ifrågasättandet är den nya prioriteringsordning som vårdgarantin innebär. Mycket kritik riktades mot det faktum att kökansliets patienter som har rätt till vård efter att ha väntat i nio månader inte prioriteras efter medicinska grunder utan efter hur lång tid de har väntat. En vanlig uppfattning var att det var fel att de som var lågprioriterade fick gå före dem som hade klassats som högprioriterade. I själva verket bygger det på en något modifierad bild av hur det verkligen ligger till. Alla garantipatienter behandlas lika enligt kökansliets prioriteringsregler oavsett medicinsk prioriteringsgrad, vilket också innebär att ingen får gå före någon annan. Sedan fanns det också respondenter som menade att de som var lågprioriterade inte borde få någon behandling alls.

Kökansliet uppfattas olika

Som beskrivits tidigare är företrädare för kökansliet, politiker, interna utförare och externa utförare intervjuade. Dessa olika instanser kan betraktas som aktörer med olika intressen. Studien visar att dessa aktörers uppfattningar om kökansliet varierar – kanske just beroende på att de har olika intressen.

Kökansliet som aktör är medveten om att deras verksamhet uppfattas på flera olika sätt. Själva bedömer de att andra betraktar dem som tillgänglighetsfrämjande genom utbudet av behandlingar och genom att de lotsar patienterna till behandling. Vidare förefaller man på kökansliet vara på det klara med att man är en viktig finansieringskälla för externa vårdgivare och att man avlastar i synnerhet koordinatorena hos de interna vårdgivarna.

Regionens politiker tycks betrakta kökansliet som avlastande som tillgänglighetsfrämjande och informationsskapande.

De externa vårdgivarna betraktar kökansliet som en finansieringskälla och tycks anse att kökansliet är en kund som man ska vara rädd om.

De interna utförarna har ingen homogen uppfattning om kökansliet. Vissa läkare är kritiska till att kökansliet utgör ett ifrågasättande av det traditionella sättet att prioritera på och tycker att kansliet är onödigt. Koordinatorerna, det vill säga de personer som administrerar väntelistorna och har kontakten med de väntande patienterna, ser kökansliet som en avlastning. Sammantaget förefaller de interna utförarna ha blivit alltmer benägna att se kökansliet som en möjlighet.

Kökansliet är en fristående enhet inom regionen med ett tydligt uppdrag att hjälpa garantipatienter att få den behandling som de väntat länge på. Men friheten att utforma sin verksamhet är inskränkt på olika sätt, vilket minskar handlingsutrymmet. Kökansliet måste vid utförandet av sitt uppdrag balansera mellan olika krav, intressen och värden för att fullfölja sitt uppdrag

Omvandlad problematik

Det empiriska avsnittet visar att inramningsprocessen av DLB präglas av en ständig avvägning mellan att utgöra en självständig autonom enhet i förhållande till den övriga organisationen och att vara en enhet som i större utsträckning beaktar den övriga organisationens inneboende komplexitet. Som "outsider" kan kökansliet välja vilka (rimliga) medel som helst för att nå sitt mål. Som en del av regionen måste kökansliet ta hänsyn till verksamhetens effekter på regionen i sin helhet.

En övergripande beskrivning av utvecklingen för DLB ger för handen att den gått mot en allt lägre grad av autonomitet. Det från början relativt tydliga uppdraget med att lotsa garantipatienter vidare till nya vårdgivare oavsett huvudman hade med tiden luckrats upp och restriktioner hade adderats eftersom den komplexitet som regionen brottas med förts in i DLB:s struktur. Inramningen hade därmed utvecklats i en riktning där allt fler hänsyn gentemot den studerade enhetens omgivning skulle tas. Flera iakttagelser pekar i den riktningen. En sådan är minskningen av budgetramen. Det från början tydliga uppdraget försvårades i och med att de ekonomiska förutsättningarna ändrades och det som tidigare var en garanti för ett antal diagnoser omprövades. Skulle färre diagnoser ingå eller skulle garantin upphöra för alla när resurserna förbrukats? Ett annat uttryck för den ökade interna komplexiteten inom DLB är den hänsyn som kansliet efter ett tag skulle ta till den regioninterna produktionsapparaten. Från att ha vänt sig till den vårdgivare som snabbast och billigast kunde hjälpa garantipatienterna skulle den egna produktionskapaciteten i första hand utnyttjas.

De begränsade resurserna leder även till att andra problem uppstår. Ett dilemma vid inramningen är – som för många offentliga organisationer – de knappa resurserna. Kökansliet måste arbeta med en kostnadsram trots att uppdraget att hjälpa garantipatienter egentligen ställer krav på en obegränsad resurstilldelning. Finns det inget kostnadstak ökar risken för att totalkostnaden ökar kraftigt. Sparinitiativ inom regionen som leder till ökade köer för diagnoser som omfattas av garantin kan leda till att kostnaderna ökar hos kökansliet istället. Samtidigt innebär ett kostnadstak att garantin bara gäller så länge pengarna räcker. Tillskapandet av kansliet ledde därför till forceringar i och med att komplexiteten ökade eftersom tidigare möjligheter till att begränsa resursförbrukningen satts ur spel.

Men även om många av de iakttagna problemen är knutna till att DLB är en del av en större organisation gick det att iaktta andra problem. En avvägning som kökansliet måste hantera är mellan å ena sidan lågt pris och å andra sidan snabbhet och flexibilitet. Långsiktig planering och upphandlingar enligt LOU, ger utrymme för ett lågt styckpris medan det försämrar möjligheterna att agera snabbt och flexibelt.

Slutsatser

En slutsats som kan dras är att kökansliet som organisatorisk lösning ställs inför problematiska avvägningar som måste göras. Varje begränsning innebär att något inte beaktas. Fokuseras planering och långsiktighet uppnås kanske ett bättre pris samtidigt som tidsramen för garantipatienterna inte kan hållas etcetera. Vad resonemanget visar är att det är svårt att skapa en fristående enhet med ett tydligt uppdrag när en rad andra hänsyn hela tiden måste tas. Kanske är detta också en indikation på hur svårt det är att i praktiken skapa en beställarutförarmodell där produktionen och beställningen separerats samtidigt som de utgör delar av samma organisation. Till och med en liten enhet som kökansliet måste ständigt göra avvägningar som inte sällan leder till att dess autonomitet minskar. Det blir tydligt inte minst mot bakgrund av att det inledningsvis tämligen tydliga uppdraget att lotsa garantipatienter snart kom att kompletteras med restriktionen att i första hand den regioninterna produktionsapparaten skulle komma ifråga.

Erfarenheterna från studien av DLB överensstämmer därmed i mångt och mycket med de iakttagelser som redovisades från Storbritannien och Sverige inledningsvis. I studien framgår det tydligt vilka avvägningar som tillskaparen av en beställarutförarmodell ställs inför. Vad som tonar fram som det stora problemet är den differentiering modellen förutsätter av den interna organisationen. Eftersom merparten av produktionen fortfarande bedrivs i egen regi kvarstår ansvaret för denna och de positiva effekter som beställarna hoppas på förvandlas till negativa effekter för utförarna. Problemet är att den organisatoriska pyramiden sluter sig ovanför de båda. Den interna komplexiteten verkar snarare öka än minska av introduktionen av en beställarutförarmodell under sådana förhållanden. Den förskjutning av problem från politiker och beställare till utförare modellen stipulerar sker inte i praktiken när utförarens problem samtidigt är beställarens problem. Tvärt om indikerar de gjorda empiriska iakttagelserna att komplexiteten ökar. Resonemanget indikerar att beställarutförarmodellen i princip är omöjlig så länge som både beställaren och utföraren i huvudsak utgör delar av samma organisation.

Frågan slutligen är då om det går att få en beställar- utförarmodell att fungera. Vad som har noterats i den här studien är att det inte går att utesluta att det går men att en avgörande fråga är hur mycket ohanterad komplexitet marknadsskaparna tolererar. För att beställarutförarmodellen ska fungera krävs en inramning som medger ett marknadslikt beteende av beställarna. I detta paper har fokus placerats på beställarna. Ett fall där en beställare gav en till synes ändamålsenlig marknadsinramning har studerats. Marknadsinramningen utsattes emellertid snart för forcering – det vill säga ohanterad komplexitet som gjorde sig påmind. Det gav upphov till en ny inramning, vilket beskar beställarens en del av möjligheterna att agera som en marknadsaktör. Den ursprungliga marknadsinramningen ersattes av ett större mått av hierarkisk inramning. Vad som måste utforskas framöver är under vilka betingelser som forcering leder till ifrågasättande av marknadsinramningen och inte minst vilken betydelse ekonomi och ideologi har i sammanhanget. Dessutom bör mer forskning initieras för att undersöka marknadsinramningen för modellens andra hälft, det vill säga utförarna.

Referenser

- Akehrst, R. and B. Ferguson (1993), 'The purchasing authority', in M.F. Drummond, and A. Maynard (eds), *Purchasing and Providing Cost-effective Health Care* (Churchill Livingstone, Edinburgh).
- Barker, K., M. Chalkley, J. M. Malcomson and J. Montgomery (1997), 'Contracting in National Health Service: legal and economic issues', in Flynn, R. and G. Williams (eds), *Contracting for Health. Quasi-Markets and the National Health Service* (Oxford University Press, Oxford).
- Checkland, P. (1997), 'Rhetoric and reality in contracting: research in and on the national health service' in Flynn, R. and G. Williams (eds), *Contracting for Health. Quasi-Markets and the National Health Service* (Oxford University Press, Oxford).
- Coase, Ronald
- Ellwood, S. (1996), 'Pricing Services in the UK National Health Service', *Financial Accountability & Management*, Vol. 12, No. 4, pp. 281–301.
- Ellwood, S. (1997), 'The Response of Fundholding Family Doctors to Price Signals', *Financial Accountability & Management*, Vol. 13, No. 4, pp. 345–365.
- Fischbacher, M. and A. Francis (1998), 'Purchaser Provider Relationships and Innovation: A Case Study of GP Purchasing in Glasgow', *Financial Accountability & Management*, Vol. 14, No. 4, pp. 281–298.
- Flynn, R. and G. Williams (1997), 'Contracting for Health', in Flynn, R. and G. Williams (eds), *Contracting for Health. Quasi-Markets and the National Health Service* (Oxford University Press, Oxford).
- Hughes, D., J. V. McHale and L. Griffiths (1997), 'Settling contract disputes in the national health service: formal and informal pathways', in Flynn, R. and G. Williams (eds), *Contracting for Health. Quasi-Markets and the National Health Service* (Oxford University Press, Oxford).
- Laing, Angus och Seonaidh Cotton (1995), 'Towards an Understanding of Health Care Purchasing: The Purchasing Behaviour of General Practice Fundholders', *Journal of Marketing Management*, 11:583–600.
- Lapsley, I. med flera. (1 997), *GP Fundholders: Agents of Change*, 1st ed. (The Institute of Chartered Accountants of Scotland, Edinburgh).
- Lapsley, I. and S. Llewellyn (1997), 'Statements of Mutual Faith: Soft Contracts in Social Care', in Flynn, R. and G. Williams (eds), *Contracting for Health. Quasi-Markets and the National Health Service* (Oxford University Press, Oxford).
- Locock, L. (2000), 'The changing nature of rationing in the UK national health service', *Public Administration*, Vol 78, No 1, pp 91-109.
- Luhmann Niklas, 1995
Social systems. Stanford University Press, Stanford
- Luhmann Niklas, 2003
Organization. I Bakken Tore och Hernes Tor (red), *Autopoietic organization theory*. Liber ekonomi, Malmö
- Maddox, G. (1999), 'General practice fundholding in the British National Health Service Reform, 1991-1997: GP accounts of the dynamics of change', *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol 24, No 4, pp 815-834.
- Siverbo, S. (2004), 'The Purchaser-provider split in principle and practice: Experiences from Sweden', *Financial Accountability & Management*, Vol. 20, No. 4, pp. 401–420.
- Walsh, K. (1995), *Public Services and Market Mechanisms. Competition, Contracting and the New Public Management* (Macmillan Press Ltd, London).

