



Överenskommelser mellan
regeringen och SKL inom
hälso- och sjukvården

– frivilligt att delta men svårt att
tacka nej

RIR 2014:20



Riksrevisionen är en myndighet under riksdagen med uppgift att granska den verksamhet som bedrivs av staten. Vårt uppdrag är att genom oberoende revision skapa demokratisk insyn, medverka till god resursanvändning och effektiv förvaltning i staten.

Riksrevisionen bedriver både årlig revision och effektivitetsrevision. Denna rapport har tagits fram inom effektivitetsrevisionen, vars uppgift är att granska hur effektiv den statliga verksamheten är. Effektivitetsgranskningar rapporteras sedan 1 januari 2011 direkt till riksdagen.

RIKSREVISIONEN

ISBN 978 91 7086 355 4

RIR 2014:20

FOTO: STEFAN RUPP

FORM: ÅKESSON & CURRY

TRYCK: RIKSDAGENS INTERNTRYCKERI, STOCKHOLM 2014

RiR 2014:20

Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården

– frivilligt att delta men svårt att tacka nej





TILL RIKSDAGEN

DATUM: 2014-09-16

DNR: 31-2013-1169

RIR 2014:20

Härmed överlämnas enligt 9 § lagen (2002:1022) om revision av statlig verksamhet m.m. följande granskningsrapport över effektivitetsrevision:

Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej

Riksrevisionen har granskat statens styrning genom överenskommelser inom hälso- och sjukvården. Resultatet av granskningen redovisas i denna granskningsrapport.

Företrädare för Regeringskansliet, Sveriges kommuner och landsting (SKL) och Socialstyrelsen har fått tillfälle att faktagranska och i övrigt lämna synpunkter på utkast till slutrapport.

Rapporten innehåller slutsatser och rekommendationer som avser regeringen. Riksrevisor *Jan Landahl* har beslutat i detta ärende. Revisionsledare *Emma Wallin* har varit föredragande. Revisor *Cecilia Dittmer*, revisor *Lena Olsson* och revisionsdirektör *Anders Rånlund* har medverkat vid den slutliga handläggningen.

Jan Landahl

Emma Wallin

För kännedom:

Regeringen, Socialdepartementet, Finansdepartementet

Socialstyrelsen

Sveriges kommuner och landsting (SKL)



Innehåll

Sammanfattning	9
1 Bakgrund	13
1.1 Ett sätt för staten att styra sjukvården	13
1.2 Något om granskningen	14
1.3 Statsbidragen och det kommunala självstyret	17
2 Vad är överenskommelser och hur har de förändrats över tid?	21
2.1 Vad är en överenskommelse och varför uppstår den?	21
2.2 Vilka är det som kommer överens och vad är det man är överens om?	25
2.3 Aktuella överenskommelser mellan staten och SKL	32
2.4 Överenskommelsernas utveckling över tid	34
2.5 Vad leder överenskommelserna till?	39
2.6 Sammanfattande iakttagelser	41
3 Frivilligt att delta, men svårt att tacka nej	43
3.1 Inget talar för att överenskommelserna är bindande	43
3.2 Kommuner och landsting är inga avtalsparter	44
3.3 Det är svårt för landstingen att inte vara med	44
3.4 Sammanfattande iakttagelser	48
4 När överenskommelser landar i landstingen	49
4.1 Hur påverkas landstingen av överenskommelser?	50
4.2 Prestationsersättning skapar särskilda svårigheter	54
4.3 Vad händer när överenskommelsen tar slut?	63
4.4 Sammanfattande iakttagelser	65
5 Slutsatser och rekommendationer	67
5.1 Överenskommelsernas konstruktion	68
5.2 Regeringens användning av överenskommelser	69
5.3 Landstingens mottagande av överenskommelser	70
5.4 Rekommendationer	71
Källförteckning	73



Sammanfattning

Granskningens bakgrund

Riksrevisionen har granskat hur överenskommelser mellan regeringen och SKL fungerar som styrmedel inom hälso- och sjukvården. Överenskommelserna innebär att regeringen och SKL ska åstadkomma något tillsammans. Det är i första hand landsting och kommuner som ska utföra de uppgifter som regeringen och SKL har kommit överens om. På detta sätt styr regeringen landstingen och det har blivit allt vanligare inom hälso- och sjukvården. Just nu pågår fjorton överenskommelser inom hälso- och sjukvården. Samtliga överenskommelser innehåller någon form av ekonomisk ersättning till landstingen, totalt 5,8 miljarder kronor.

Motiv: Regering och riksdag har uttryckt att stabila förutsättningar och en rimlig planeringshorisont är viktiga förutsättningar för att motverka kortsiktiga lösningar och uppmuntra en effektiv verksamhetsutveckling i kommuner och landsting. I en förstudie som Riksrevisionen genomförde under hösten 2013 framkom att antalet överenskommelser mellan staten och SKL inom hälso- och sjukvården hade ökat. Vidare framkom att överenskommelser som styrmedel riskerar att göra styrningen av vården kortsiktig eftersom överenskommelserna är tillfälliga satsningar som inte är anpassade efter landstingens planering.

Syfte: Syftet med granskningen är att undersöka om användningen av styrmedlet överenskommelser fungerar väl inom hälso- och sjukvården.

Genomförande: Granskningen avser överenskommelser som styrmedel inom hälso- och sjukvården, och fokuserar därmed på den sammanlagda bilden av alla pågående överenskommelser snarare än enskilda satsningar. Granskningen bygger huvudsakligen på dokumentstudier och intervjuer med företrädare för Regeringskansliet, SKL och ett urval av landsting.

Granskningens resultat

Granskningen visar att överenskommelser har blivit ett allt vanligare sätt för regeringen att försöka styra sjukvården. Antalet överenskommelser har ökat de senaste decennierna. Riksrevisionens historiska analys visar också att överenskommelserna skiftade karaktär i början av 2000-talet. Regeringen gick då från att finansiera hela

verksamheter i vården till att praktisera en mer detaljerad ekonomisk styrning med krav på specifika motprestationer från landstingen. Granskningen visar att trenden med styrning genom överenskommelser har inneburit att de tillfälliga statsbidragen inom sjukvården inte längre är några undantag.

Överenskommelserna fungerar som ett praktiskt och flexibelt styrmedel som kan användas för att sätta fokus på viktiga tillkortakommanden i vården till en låg kostnad för staten. Samtidigt visar granskningen att sättet att utforma och använda överenskommelser begränsar landstingens förutsättningar att långsiktigt styra vårdverksamheten på ett effektivt sätt.

Riksrevisionens samlade bedömning är att regeringen har gjort fenomenet överenskommelser till ett kraftfullt styrmedel genom att införa tydligare ekonomiska incitament och detaljerade krav. Men man kan fråga sig om regeringen tillämpat detta styrmedel på ett ansvarsfullt sätt och utifrån en samlad helhetssyn.

Genom att studera utformningen av överenskommelser och hur de implementeras i landstingen har vi kommit fram till att det finns en rad problem med hur överenskommelser används inom hälso- och sjukvården. Det finns bland annat en risk för att överenskommelser leder till att man tränger undan landstingens egen styrning av vården. Mängden samtidigt pågående överenskommelser och det stora antal krav som dessa medför innebär att mottagandet i landstingen blir komplicerat. Strävan att uppnå överenskommelserna tycks också kunna leda till alltför enkla och tillfälliga lösningar på komplexa problem i vården. Dessutom finns det en risk för att det arbete som drivits genom överenskommelserna inte förvaltas vidare när de avslutas. Prestationsersättningen, att landstingen får ersättning om de utför vissa prestationer, innebär att landstingen behöver ta ekonomiska risker för att delta. Denna ersättningsform riskerar även att motverka målet om en likvärdig vård i hela landet. Systemet med överenskommelser medför också ökad administration för samtliga parter.

Slutsatser om överenskommelsernas konstruktion

Sedan 2006 har staten i allt större omfattning baserat ersättningen i överenskommelserna på prestation. Vi anser dock att det är viktigt att säkerställa att den incitamentsskapande mekanismen i dessa överenskommelser inte styr bort från målet om en likvärdig vård i hela landet. Granskningen visar att de här överenskommelserna inte har påverkat likvärdigheten mellan landstingen i önskvärd riktning. Landsting som fått liten utdelning under flera år beskriver att de känner sig uppgivna och saknar motivation att förbättra sig. Prestationsersättningen går också på tvärs mot den princip om fördelning efter behov som är utgångspunkten för den kommunalekonomiska inkomstutjämnningen.

Överenskommelserna är frivilliga erbjudanden till kommuner och landsting. Ingen part är alltså formellt bunden till sina åtaganden, och på grund av det har det också vid ett fåtal tillfällen uppstått meningsmotsättningar som inte kunnat lösas. Genom den "frivilliga" överenskommelseformen har regeringen också fått möjlighet att ställa detaljerade krav på landstingen utan att det i någon formell mening gör att de förlorar sitt självstyre.

En annan intressant iakttagelse i granskningen är att det inte är ovanligt att krav i överenskommelser motsvaras av formuleringar som redan finns uttryckta i lag eller förordning. I de här fallen skickar staten flera olika styrsignaler samtidigt till landstingen.

Slutsatser om regeringens användning av överenskommelser

Samtliga överenskommelser gäller väsentliga problem och förbättringsområden inom vården. Varje ny överenskommelse ska dock hanteras av samma landsting som hanterar de redan pågående, och den ackumulerade bördan av detta kan inte bortses ifrån. Granskningen visar att även om överenskommelserna formellt sett är frivilliga är det svårt för både SKL och landstingen att stå utanför. Genom att hänvisa till den formella frivilligheten undgår regeringen att behöva tillämpa finansieringsprincipen när man lägger nya uppgifter via överenskommelser på landsting utan att garantera finansiering.

Regeringens styrning genom överenskommelser har även inneburit en viss förskjutning i de statliga aktörernas roller. Regeringskansliet har valt en mer operativ roll vilket har lett till att Socialstyrelsen fått en perifer roll som inneburit svåra situationer vid uppföljningen. Granskningen har visat att det förekommit att ett krav i en överenskommelse varit lägre satt än myndighetens föreskrifter. Också SKL:s roll framstår som svårhanterlig. SKL är en intresseorganisation och inte någon myndighet, men överenskommelserna utformas på ett sådant sätt att SKL får agera såväl beställare som utförare, och ibland även bedömare av resultat, när de ska fördela statsbidrag till de egna medlemmarna. SKL får också alltmer av sin finansiering från olika statsbidrag. SKL:s dubbla roll skulle på sikt kunna påverka förtroendet för organisationen.

Slutsatser om landstingens mottagande av överenskommelser

Det har visserligen gjorts försök att öka långsiktigheten men granskningen visar ändå att styrningen blir kortsiktig på grund av att överenskommelserna innehåller tidsbegränsade satsningar som dessutom i de flesta fall omförhandlas årligen. Detta betyder att landstingens insatser för att nå upp till överenskommelsernas krav också blir kortsiktiga. Hälso- och sjukvården är en komplicerad verksamhet men ofta får landstingen en mycket begränsad tid på sig att genomföra åtgärder.

Det ökande antalet överenskommelser, som också innehåller många krav, utgör alltmer ett problem för landstingen. De har svårt att ta emot och hantera alla styrsignaler. Överenskommelserna upplevs inte vara samordnade när de kommer till landstingen. Det finns till exempel ingen viktning mellan dem, inget är mer prioriterat än något annat.

Osäkerheten bland landstingen om huruvida man kommer att få någon ersättning inom ramen för de prestationsbaserade överenskommelserna ställer också till problem och gynnar inte likvärdigheten i vården. Vissa landsting tar risken och tar höjd för överenskommelserna i budgeten. Andra landsting ser detta som för riskfyllt och lägger sig på en lägre nivå. Landsting som inte vågar satsa minskar dessutom sina chanser att faktiskt uppnå överenskommelsernas krav.

Rekommendationer

Sammantaget gör Riksrevisionen bedömningen att regeringen har använt överenskommelser på ett sätt som styr vad landstingen gör inom vården till den grad att det rubbat balansen mellan landstingen och staten när det gäller styrningen av vården. Riksrevisionen riktar därför ett antal rekommendationer till regeringen i syfte att överenskommelserna ska utformas och användas på ett bättre sätt inom hälso- och sjukvården i framtiden.

- **Minska antalet överenskommelser så att landstingen klarar att ta emot dem.** Det finns flera tecken på att alltför många överenskommelser pågår i nuläget. Riksrevisionens bedömning är att det behövs en samordning inom Regeringskansliet som fokuserar mer på innehållet i överenskommelserna, där en sammanvägd bedömning kan göras av vilka konsekvenser den totala sammansättningen av överenskommelser får i landstingen. En effektivare samordning av överenskommelserna måste ske på ett sådant sätt att landstingen också upplever att bördan blir lättare att hantera.
- **Ge landstingen större handlingsutrymme och rimliga förutsättningar att planera.** När en överenskommelse utformas bör regeringen undvika att styra hur landstingen ska uppfylla målen i den. Idag är överenskommelserna anpassade efter den statliga budgetprocessen. Regeringen behöver minska kortsiktigheten och istället hitta former som gör det möjligt för landstingen att inkorporera verksamheten i deras egen styrning och planering.
- **Var restriktiv med prestationsersättning i överenskommelserna.** Prestationsersättningen skapar särskilda svårigheter för landstingen. Den sänder även motstridiga styrsignaler jämfört med syftena med det kommunala utjämningsystemet och det kommunala självstyret.
- **Om prestationsersättning ska användas i fortsättningen bör regeringen utreda och förtydliga hur landstingen ska redovisa ersättningen.** Det är oklart hur landstingen ska kunna förbruka utbetalade medel även under året efter och samtidigt följa redovisningslagstiftningen. Detta skapar en osäkerhet som det vore bra för samtliga inblandade parter att reda ut.

1 Bakgrund

1.1 Ett sätt för staten att styra sjukvården

I det svenska sjukvårdssystemet delas ansvaret för hälso- och sjukvården av staten, landstingen och kommunerna. Staten är ansvarig för den nationella inriktningen och lagstiftningen på området. Staten har därmed ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvården medan landstingen och kommunerna är ansvariga för att driva hälso- och sjukvården.

Regeringen kan styra sjukvården genom till exempel lagstiftning, omorganisering eller fördelning av statsbidrag till kommuner och landsting. Regeringen kan också påverka vården genom sin styrning av de statliga myndigheterna. Dessa är exempelvis Socialstyrelsen som är förvaltningsmyndighet för hälso- och sjukvården och som bland annat har i uppdrag att utfärda föreskrifter samt Inspektionen för vård och omsorg (IVO), som utövar tillsyn inom hälso- och sjukvården. Ytterligare ett styrmedel som regeringen har till sitt förfogande för att få genomslag för den nationella politiken är att ingå så kallade överenskommelser med Sveriges kommuner och landstings egen organisation SKL. Den här granskningen handlar om hur regeringen kommit att använda sig av sådana överenskommelser för att styra hälso- och sjukvården.

Något förenklat kan man säga att en överenskommelse inom hälso- och sjukvård innebär en uppgörelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om att tillsammans åstadkomma något inom vården.¹ Överenskommelser är dock inte bara en uppgörelse mellan de två parterna utan också ett sätt för staten och SKL att försöka styra hälso- och sjukvården i kommuner och landsting mot en viss riktning.

Överenskommelser har blivit allt vanligare inom hälso- och sjukvården. Just nu pågår 14 överenskommelser mellan staten och SKL inom hälso- och sjukvården varav 13 stycken riktar sig till samtliga landsting och/eller kommuner. Samtliga innehåller någon form av ekonomisk ersättning, totalt 5,8 miljarder kronor. Överenskommelser lyfts ibland fram som ett bra sätt att kraftsamla kring en viss fråga. Viss kritik har dock riktats mot överenskommelser som styrmedel. Frågan som Riksrevisionen ställer sig i den här granskningen är därför om regeringen, med hjälp av överenskommelser, styr hälso- och sjukvården på ett väl fungerande sätt.

¹ Statskontoret 2011:22 *Tänk efter före. Om viss styrning av kommuner och landsting.*

1.2 Något om granskningen

1.2.1 *En styrtrend med kända och okända problem*

Riksrevisionen har i en förstudie funnit problem med användningen av överenskommelser som styrmedel inom hälso- och sjukvården. Några exempel på problem är att det är tillfälliga satsningar, att de har blivit för detaljerade och att de inte är anpassade efter landstingens planeringsprocess, vilket riskerar att göra styrningen av vården kortsiktig. Några av de här problemen är kända genom tidigare granskningar, uppföljningar och olika statliga utredningar.² Trots det har vi inte kunnat se att regeringen har omprövat sin användning av styrmedlet. Flera överenskommelser löper på och en del vidareutvecklas. Det är oklart vilka problem som egentligen är kopplade till själva styrformen överenskommelser och vilka som handlar om hur dessa överenskommelser utformas.

1.2.2 *Granskningens syfte*

Syftet med granskningen är att undersöka om användningen av styrmedlet överenskommelser fungerar väl inom hälso- och sjukvården. Vi har inte studerat resultatet av enskilda överenskommelser. Istället undersöker vi på vilket sätt regeringen använder överenskommelser inom hälso- och sjukvården. De risker som Riksrevisionen uppmärksammade i förstudien var framför allt kopplade till utformningen och implementeringen av överenskommelserna. Dessutom har det visat sig svårt att redan utvärdera effekter av enskilda överenskommelser.³ Eftersom Riksrevisionen önskar studera det samlade genomslaget av de överenskommelser som pågår vore det en närmast oöverstiglig uppgift att även fånga in resultat och effekter av alla dessa. Det som granskas är således *en styrprocess och inte resultat eller effekter av överenskommelser*. Avsikten är att, genom att undersöka utformningen av överenskommelser och hur de implementeras i landstingen, bidra till ökad kunskap om hur överenskommelser fungerar som styrmedel. Frågor som diskuteras i granskningen är bland annat hur styrningen genom överenskommelser har utvecklats över tid och hur den påverkar landstingens planering av sjukvården.

1.2.3 *Utgångspunkter*

Vår utgångspunkt i granskningen är att undersöka om utformningen och implementeringen av överenskommelser ger förutsättningar för landstingen att bedriva en effektivare sjukvård. Men det går inte att generellt slå fast vilka förutsättningar som måste gälla för att en överenskommelse ska resultera i en bättre sjukvård. Själva dilemmat är att finna den lämpliga avvägningen

² Se bland annat Statskontoret 2011:22 *Tänk efter före. Om viss styrning av kommuner och landsting*, SOU 2012:33 *Gör det enklare!* samt Vårdanalys 2013:8 *Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning*.

³ Intervjuer med företrädare för Vårdanalys, Statskontoret och Socialstyrelsen under våren 2014.

mellan den centrala nivåns behov av att skicka samlade styrsignaler till den regionala nivån samtidigt som varje landsting har det självständiga ansvaret att utforma den egna sjukvårdsverksamheten. Granskningens mål är därför att ge ett antal empiriskt grundade svar på hur denna avvägning mellan aktörernas ansvarsområden bör göras.

Ytterligare förväntningar som finns på staten i det här sammanhanget är att alla insatser ska präglas av hög effektivitet och god hushållning av resurser.⁴ Vidare ställer hälso- och sjukvårdslagen⁵ krav på en god vård på lika villkor till hela befolkningen. Den här granskningen utgår således från behovet av effektivitet, likvärdighet och en rimlig balans mellan nationell styrning och kommunal självstyrelse.

1.2.4 *Genomförande, urval och avgränsning*

Granskningen bygger huvudsakligen på två empiriska delar. Den ena delen utgörs av en strukturerad kartläggning av de överenskommelser som gäller för 2014. Vi följde de överenskommelser som berör alla landsting bakåt i tiden och fann totalt 55 beslut om överenskommelser inom hälso- och sjukvården. Vi har också gjort en historisk genomgång av regeringens budgetpropositioner för att undersöka hur mycket statsbidrag som regeringen beslutat om inom ramen för överenskommelser under perioden 1989–2014. Kartläggningarna ger oss en generell bild av överenskommelser och hur de har utvecklats när det gäller en rad aspekter såsom syfte, ekonomisk omfattning, ersättningsmodell, varaktighet, detaljnivå och mätmetoder.⁶

Den andra delen är en kvalitativ intervjuundersökning. Vi har genomfört intervjuer med aktörer involverade i fyra olika överenskommelser för att få en mer detaljerad och konkret förståelse för hur styrning genom överenskommelser fungerar.

För att få en bild av hur landstingen hanterar det faktum att de inte vet hur mycket pengar de kommer att få ut av överenskommelser med prestationsersättning har vi också ställt några frågor om detta via mejl till samtliga landsting.⁷ Slutligen har vi gått igenom hur de statsbidrag som betalats ut inom ramen för överenskommelser med prestationsersättning har

⁴ Budgetlag 2011:203.

⁵ Hälso- och sjukvårdslag 1982:763.

⁶ Urvalet av överenskommelser består av samtliga beslutsdokument kopplade till de överenskommelser som pågick under 2013. Vi har sedan kompletterat med överenskommelser som pågår 2014. Eftersom en överenskommelse ofta pågår i flera år finns det i princip alltid flera beslutsdokument för en överenskommelse. Totalt har 55 beslutsdokument ingått i kartläggningen.

⁷ 13 av 21 landsting svarade.

fördelats mellan landstingen.⁸ Detta för att se om det finns några mönster i hur landstingens prestationer inom ramen för överenskommelser utvecklas över tid.

Intervjuer

Vi har genomfört intervjuer med de personer som har konstruerat överenskommelserna, det vill säga handläggare och enhetschefer eller gruppleadare på Socialdepartementet, handläggare på Finansdepartementet och ansvariga för de utvalda överenskommelserna på SKL, för att ta reda på hur de uppstått och varför de ser ut som de gör. Därefter har vi genomfört djupintervjuer om hur överenskommelserna tas emot av sex olika landsting. I landstingen har intervjuer gjorts med de handläggare som arbetar mest med de utvalda överenskommelserna samt med landstingsdirektör eller motsvarande tjänsteman med överblick över hur arbetet med att ta emot överenskommelser fungerar mer generellt. Samtliga intervjuer har utgått från en intervjuguide med på förhand formulerade frågeområden. För att få en bild av resultaten av överenskommelserna har vi gått igenom de uppföljningar och bedömningar som gjorts av Socialstyrelsen, Vårdanalys och Statskontoret som har fått i uppdrag av regeringen att följa upp överenskommelserna. Intervjuer har även gjorts med de närmast berörda vid de uppföljande myndigheterna. Sammanlagt har 36 intervjuer genomförts inom ramen för granskningen.

De överenskommelser vi utgått från i intervjuerna valdes ut för att fånga så stor variation som möjligt inom styrmedlet. För detta syfte gjordes en enkel kategorisering av överenskommelserna där vi kom fram till att det finns två huvudtyper:

- Överenskommelser som omfattar *relativt mycket pengar som i huvudsak fördelas efter landstingens prestationer.*
- Överenskommelser som omfattar *mindre pengar som i huvudsak inte fördelas efter prestation.*

Två överenskommelser valdes ut från respektive grupp: *Psykisk ohälsa och Kömiljarden* (prestationsbaserade) samt *Vissa utvecklingsområden inom hälso- och sjukvård och Förstärkt barn- och föräldraperspektiv inom missbruks- och beroendevården* (icke prestationsbaserade). Intervjuerna med landstingsföreträdare kunde sedan utvidgas och beröra överenskommelser mer generellt eftersom flertalet av dem vi intervjuade hade erfarenheter från arbete med många olika överenskommelser.

⁸ För att kunna se eventuella mönster i fördelningen har vi valt att titta på utfallet av de överenskommelser som pågått längst; Sjukskrivningsmiljarden, Rehabiliteringsgarantin och Kömiljarden.

Urval av landsting

Urvalet har gjorts för att få en så representativ bild som möjligt av hur överenskommelser tas emot i landstingen. De landsting som har valts ut är Stockholm, Västerbotten, Kalmar, Västra Götaland och Jämtland. En kompletterande intervju har genomförts med en företrädare för Uppsala läns landsting. I urvalet har vi eftersträvat en geografisk spridning. Vi har också tagit hänsyn till landstingens organisationsmodeller. Vidare har olika stora landsting valts ut eftersom detta skulle kunna påverka möjligheten att ta emot och ta hand om satsningar från regeringen. Av samma skäl har vi valt att inkludera landsting som lyckats bättre och sämre med prestationer i överenskommelser (mätt i hur stor ersättning de fått som ett resultat av överenskommelsen).

Granskningen omfattar inte kommunernas mottagande

De flesta överenskommelser som pågår mellan staten och SKL berör i första hand landstingens verksamhet. På senare år har det uppstått överenskommelser som berör kommunerna eller som berör både kommuner och landsting. Det finns också exempel på överenskommelser som berör just samverkan mellan kommuner och landsting. Den här granskningen har dock avgränsats till hur överenskommelserna påverkar landstingens verksamhet. Det innebär att vi inte har gjort några intervjuer med företrädare för kommuner. I vår studie av besluten om överenskommelser har vi dock inkluderat samtliga överenskommelser och i intervjuer med tjänstemän på Regeringskansliet har vi även ställt frågor om överenskommelser som berör kommunerna. Det innebär att den här granskningen omfattar överenskommelser inom både hälso- och sjukvård och omsorg. Men vi har inte studerat mottagandet i kommunerna utan i det här fallet avgränsat oss till landstingen.

1.3 Statsbidragen och det kommunala självstyret

För att visa hur överenskommelser fungerar som en del av regeringens styrning av sjukvården ska vi nu kort beskriva hur ansvarsfördelningen och finansieringen av sjukvården ser ut.

I det svenska sjukvårdssystemet är landstingen och kommunerna ansvariga för att driva hälso- och sjukvården. Den absolut största andelen, cirka 70 procent, av landstingens och regionernas verksamhet finansieras av landstingsskatten.⁹ Enligt statistik från SKL utgör de specialdestinerade statsbidragen till hälso- och sjukvården ungefär 2,4 procent av sjukvårdens finansiering, vilket motsvarar cirka 7 miljarder kronor.¹⁰

⁹ Uppgift från SKL:s hemsida hämtad 2014-09-08. <http://www.skl.se/demokratiledningstyrning/politiskstyrning/kommunaltsjlvstyresastyrskommunenochlandstinget/sastyrslandstingen.1790.html>

¹⁰ SKL 2013 *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2013*.

Staten är ansvarig för den nationella inriktningen och lagstiftningen på hälso- och sjukvårdsområdet. Genom bland annat lagstiftning, föreskrifter, riktlinjer och allmänna råd kan staten bestämma såväl organisering som innehåll i vården. Vidare kan regeringen styra hälso- och sjukvården genom riktade satsningar inom ett visst område (så kallade specialdestinerade bidrag) eller genom generella bidrag till sjukvården. Satsningarna kan vara tillfälliga eller permanenta. Trots att de riktade statsbidragen utgör en liten del av sjukvårdens finansiering kan de ha stor betydelse för landstingen och för vad som görs inom vården.¹¹ Den här granskningen omfattar alltså en finansiellt liten – men styrningsmässigt central – del av sjukvården.

1.3.1 *Generellt statsbidrag och kommunalt självstyre*

I början av 1990-talet infördes ett generellt bidrag från staten till kommunerna, bland annat för att skapa mer likvärdiga ekonomiska förutsättningar mellan kommunerna. Det generella statsbidraget är just generellt och därmed inte bara till för vård och omsorg. Reformen skulle underlätta kommunernas överblick och planering och samtidigt ge en klarare ansvarsfördelning mellan stat och kommun. Den statliga regleringen skulle minska, rollfördelningen skulle bli tydligare och statsmakternas mål, uppföljning och utvärdering skulle tydliggöras. Detta innebar en förstärkning av det kommunala självstyret. År 2012 uppgick det generella statsbidraget till kommuner och landsting till sammanlagt 98 miljarder kronor.¹²

I propositionen *God ekonomisk hushållning i kommuner och landsting* från 2003 anges att statsbidrag i princip ska ges i form av generella bidrag. Det beror på att riktade statsbidrag till vissa verksamheter kan leda till en ineffektiv resursanvändning i kommuner och landsting. Finansutskottet uttryckte i betänkandet att stabila förutsättningar och en rimlig planeringshorisont är avgörande för att de kommunala verksamheterna ska kunna utvecklas på ett effektivt och framtidsinriktat sätt.¹³

Kommunernas och landstingens självbestämmandeprincip bygger på att de är oberoende från staten. I Ansvarskommitténs direktiv låg att utreda den allmänna rekommendationen från Europarådet om att öka kommunernas handlingsfrihet när de utförde statliga uppgifter.¹⁴ Så har också succesivt gjorts i regeringsformen (RF). I RF har ändringar införts i 14 kap. 3 § och i 8 kap. som inneburit att det kommunala självstyret har stärkts. Det kommunala

¹¹ SKL 2012 *Vårdval i primärvården. Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*, s. 72.

¹² Statskontoret 2014:18 *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten*. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Slutrapport.

¹³ Bet. 2004/05:FiU8 *God ekonomisk hushållning i kommuner och landsting* (prop. 2003/04:105), s. 23.

¹⁴ Se betänkande SOU 2007:93 *Den kommunala självstyrelsens grundlagsskydd*.

handlingsutrymmet har successivt utvidgats. Kommuner och landsting har samtidigt under de senaste åren ålagts att utföra fler statliga uppgifter. De politiska partierna har genom åren haft olika uppfattningar om huruvida det varit motiverat och godtagbart att minska det kommunala självstyret. Lagrådet har anammat en slags proportionalitetsprincip som innebär att om det finns olika möjligheter att nå samma mål ska riksdagen välja den väg som lägger minst band på kommunernas självbestämmanderätt. Regeln är numera inskriven i grundlagen och lyder:

En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den.

1.3.2 Den kommunala finansieringsprincipen

De styrmöjligheter regeringen har över sjukvården innebär naturligtvis möjligheter att påverka landstings och kommuners verksamhet, men de medför också skyldigheter för regeringen. Om staten ger kommuner och landsting nya *obligatoriska* uppgifter, till exempel genom att i lag ställa nya krav, kan ett statligt finansieringsansvar följa genom den så kallade kommunala finansieringsprincipen.¹⁵ Den här principen innebär att staten bör ersätta kommuner och landsting för de kostnader som uppstår för att utföra de nya uppgifterna, eller ge dem möjlighet att avgiftsfinansiera verksamheten.¹⁶

1.3.3 Kommunalekonomisk utjämning

Kommuner och landsting ska ha ekonomiska förutsättningar att kunna tillhandahålla sina invånare likvärdig service, oberoende av kommuninvånarnas inkomster och andra strukturella förhållanden. För att ge dem det har staten infört ett system för kommunalekonomisk utjämning. Meningen är att skillnader i kommunalskatt i stort ska spegla skillnader i effektivitet, service- och avgiftsnivå och inte bero på strukturella skillnader.¹⁷ Det nuvarande systemet för kommunalekonomisk utjämning infördes i januari 2005.¹⁸ Systemet består i dag av fem olika delar: inkomstutjämning, kostnadsutjämning, strukturbidrag, införandebidrag och regleringspost (regleringsbidrag/-avgift). Inkomstutjämningen och kostnadsutjämningen ska tillsammans utjämna för skillnader mellan landstingens skattekraft och strukturella skillnader i landstingens kostnader.

¹⁵ Finansieringsprincipen aktualiserades i början av 1990-talet i samband med kommunalekonomiska kommitténs betänkande (SOU 1991:98).

¹⁶ Malmer och Zapata 2008/09: RFR11 *Finansieringsprincipens tillämpning*.

¹⁷ Statskontoret 2014:2 *Det kommunala utjämningssystemet – en beskrivning av systemet från 2014*, s 9.

¹⁸ Utjämningssystemet regleras i lagen (2004:773) om kommunalekonomisk utjämning och förordningen (2004:881) om kommunalekonomisk utjämning.

Inkomstutjämnningen syftar till att utjämna skillnader i skattekraft mellan kommuner och mellan landsting. *Kostnadsutjämnningen* ska utjämna strukturella kostnadsskillnader mellan kommuner och mellan landsting. Här utjämnas för ”opåverkbara strukturella kostnadsskillnader” som kan vara av två slag. Det ena är att behovet av kommunal verksamhet är olika, till exempel finns det ett större behov av äldreomsorg i kommuner med många äldre invånare. Det andra är att kostnaden för att producera en viss service varierar. Kostnadsutjämnningen för hälso- och sjukvården baseras på ersättning för vårdtunga grupper. En annan del i hälso- och sjukvårdsmodellen är merkostnader på grund av gles bebyggelsestruktur. Glesbygdskomponenten ska fånga in merkostnader för små sjukhus, primärvård, sjukresor, ambulanstransporter och övernattning vid vårdcentraler.¹⁹

Genom det kommunala utjämnningssystemet försöker staten skapa grundförutsättningar för en likvärdig vård i hela landet. Systemet ersätter landstingen efter behov och det finns inga krav på motprestationer för att ta del av medlen.

Hälso- och sjukvårdslagen ställer dessutom krav på en god vård på lika villkor.²⁰ Detta skapar ett tryck på regeringen att styra mot nationell likvärdighet. Det svåra dilemma för regeringen är, som sagt, att hitta en lämplig balans mellan behovet av nationell likvärdighet (och statlig styrning) och utrymmet för kommunalt självstyre.

¹⁹ Strukturbidrag och införandebidrag ska kompensera kommuner och landsting för att vissa delmodeller i kostnadsutjämnningen tagits bort. Om nettot av bidragen och avgifterna i inkomstutjämnningen, kostnadsutjämnningen, strukturbidraget och införande bidraget är mindre än medlen på en anslagspost utbetalas mellanskillnaden med ett enhetligt belopp per invånare som ett regleringsbidrag till respektive kommun eller landsting. *Systemet för kommunalekonomisk utjämnning*, faktablad från Finansdepartementet 2013.

²⁰ Hälso- och sjukvårdslag 1982:763.

2 Vad är överenskommelser och hur har de förändrats över tid?

I det här kapitlet försöker vi beskriva vad en överenskommelse är och varför den här typen av styrning uppstår. Därefter går vi igenom vilket ansvar olika aktörer har tilldelats i processen kring överenskommelserna. Vi analyserar hur regeringens användning av överenskommelser har utvecklats över tid och går igenom uppföljningar av olika överenskommelser. Kapitlet avslutas med en sammanfattning av våra viktigaste iakttagelser.

2.1 Vad är en överenskommelse och varför uppstår den?

Gemensamt för de överenskommelser som pågår nu är att de innehåller en beskrivning av ett utvalt område inom hälso- och sjukvården. Vidare innehåller överenskommelserna alltid ett syfte, en specifik summa pengar, en begränsad tidsperiod för insatsen, specifika rapporteringsstrukturer och ansvariga aktörer. När SKL och regeringen slutit en överenskommelse brukar regeringen, i beslutsdokumentet, formulera mellan vilka år överenskommelsen kommer att pågå. Detta är också föremål för diskussion med SKL. För de flesta överenskommelser omförhandlar regeringen och SKL innehållet varje år vilket leder fram till ett nytt beslut. Riksrevisionen har funnit tre exempel på överenskommelser med beslut som pågår under flera år och där ingen årlig omförhandling sker.²¹ Det förekommer att överenskommelsen pågår längre än vad som var tänkt från början, eller att den övergår i någon ny eller pågående överenskommelse.

²¹ De överenskommelser som Riksrevisionen funnit är Förstärkt barn- och föräldraperspektiv inom missbruks- och beroendevården, Överenskommelse om utveckling och finansiering av nationella kvalitetsregister inom vård och omsorg samt Handslaget- stärka barnets rättigheter.

2.1.1 Vad innebär en överenskommelse?

Det finns väldigt lite forskning om överenskommelser som styrmedel inom hälso- och sjukvården.²² Den ursprungliga betydelsen av begreppet överenskommelse är inte förknippad med styrning utan associerar till ömsesidighet, frivillighet och samverkan snarare än styrning.

En överenskommelse kan ha olika grad av formalisering. Den ena ytterligheten kan tänkas vara ett slags outtalat samförstånd utan rättsliga förpliktelser och den andra ett påskrivet avtal eller kontrakt. Rent teoretiskt kan man tänka sig allt från helt frivilliga och informella avtal som bygger på jämbördighet och samverkan, utan några pengar inblandade, till ett ensidigt formellt avtal som innehåller pengar. Det är alltså inte givet att det finns några rättsliga förpliktelser kopplade till överenskommelser, till skillnad från ett avtal som kan definieras som en "överenskommelse som är avsedd att medföra ömsesidiga rättsligt sanktionerade förpliktelser för parterna."²³

I den här granskningen har vi studerat det regeringen benämner som överenskommelser med SKL, nämligen dokument med rubriken 'överenskommelse mellan regeringen och SKL'.²⁴ Överenskommelserna är i regel ett beslutsdokument på allt mellan 4 och 32 sidor²⁵ undertecknade av statssekreterare vid Socialdepartementet och SKL:s verkställande direktör.

2.1.2 En idé om ekonomiska incitament för utvecklingsarbete

Överenskommelserna syftar för det mesta till att förbättra vården och omsorgen för olika grupper. Den bärande idén i senare års överenskommelser (framför allt de med prestationsersättning) är att genom ekonomiska incitament uppmuntra, stärka och intensivifiera ett visst arbete i kommuner och landsting. Syftet är i princip alltid detsamma under hela överenskommelsens livslängd. Däremot är tanken att de prestationsmått som sätts upp i överenskommelsen ska kunna förändras över tid. Måtten ska kunna bli fler och kraven på prestationerna höjas. Genom att landstingen får pengar för hur väl de presterar är tanken att samtliga landsting på sikt ska förbättra sina prestationer. De som presterar väl premieras och de som inte presterar lika bra ska bli sporrade att bli bättre.

²² Statskontoret 2011:22 *Tänk efter före. Om viss styrning av kommuner och landsting* samt Sandberg 2012 *Överenskommelser som styrmedel i teori och praktik – en fallstudie om två överenskommelser som slutits mellan regeringen och Sveriges kommuner och landsting inom vård och omsorg.*

²³ www.avtalslagen2010.se

²⁴ Det betyder att vi inte har studerat eventuella informella överenskommelser som också skulle kunna finnas mellan staten och SKL.

²⁵ Detta gäller överenskommelserna som tecknats under senare år.

När en överenskommelse avslutas är tanken att arbetet ska tas över av huvudmännen, det vill säga kommuner och/ eller landsting.²⁶ I drygt hälften av besluten om överenskommelser finns det ett uttalat mål om att överenskommelsen ska bli en del av landstingens ordinarie verksamhet. Riksrevisionen har endast funnit en överenskommelse där besluten innehåller en nedtrappningsplan, nämligen överenskommelsen *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten*. Överenskommelsen har pågått sedan 2009 och i beslutet för 2011 års överenskommelse finns början till en nedtrappningsplan. I de följande besluten finns en tydlig nedtrappningsplan som beskriver att huvudmännen gemensamt ska ta över kostnaderna och att den statliga finansieringen upphör år sju.

2.1.3 Varför uppstår överenskommelser?

Riksrevisionen har gått igenom de överenskommelser som pågår 2014. I samtliga överenskommelser finns ambitionen att komma till rätta med problemområden som regeringen ser som nationella, det vill säga problem som finns i samtliga landsting och regioner. Överenskommelserna syftar till att förstärka och stimulera ett arbetssätt inom ett visst område, exempelvis patientsäkerhet. Vår bild är att det helt enkelt handlar om sådana områden där regeringen inte är nöjd med landstingens prestationer. I några fall används överenskommelser också för att öka samverkan mellan landsting och kommuner. Detta gäller exempelvis överenskommelsen *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre*. Överenskommelserna ger också olika stort utrymme för lokala anpassningar. Skälen till att regeringen väljer att använda sig av överenskommelser varierar. Nedan följer de huvudsakliga motiv som vi har identifierat i granskningen.

Överenskommelserna kompletterar lagstiftningen

År 2009 ingick regeringen och SKL en överenskommelse om förbättrad tillgänglighet till hälso- och sjukvården, den så kallade *Kömiljarden*. Kömiljarden kom till för att regeringen såg behov av att göra något åt tillgängligheten till vården. Regeringen hade tidigare satsat pengar på tillgänglighet genom det generella statsbidraget och sedan instiftat en förordning om vårdgaranti²⁷, men ingen av åtgärderna hade gett önskvärda effekter och därför ville regeringen trycka på landstingen ytterligare.²⁸ När det gäller Kömiljarden finns det alltså både en lag som innehåller krav på tillgänglighet (vårdgarantin) och mätbara prestationskrav som ställs i överenskommelsen för att landstingen ska få tillgång till ersättningen. Så i det här fallet tar staten till flera styrmedel för att påverka tillgängligheten i sjukvården. Detta är ett exempel på ett tillfälle där sakfrågan först regleras i

²⁶ Intervju med företrädare för Socialdepartementet 2013-12-20.

²⁷ Förordning (2010:349) om vårdgaranti

²⁸ Intervju med företrädare för Socialdepartementet 2014-03-04.

lagstiftningen. Därefter regleras sakfrågan ”hårt” genom de prestationskrav som sätts upp i överenskommelsen.

Även senare års överenskommelser har använts för att komplettera lagstiftning. Ett exempel är *Patientsäkerhetsöverenskommelsen* som ingicks 2011 och som kompletterar patientsäkerhetslagen (2010:659). Andra exempel på lagkrav som regeringen förstärkt genom överenskommelser är kravet på samordnade individuella planer²⁹ i *Överenskommelsen om psykisk ohälsa* och kravet på ledningssystem för kvalitet i socialtjänsten³⁰ i *Överenskommelsen om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre*.

Överenskommelser har inspirerats av tidigare överenskommelser

Ibland har tidigare överenskommelser gett upphov till nya överenskommelser inom andra områden. Kömiljarden uppstod som sagt delvis för att regeringen var missnöjd med tillgängligheten till vården. Flera intervjupersoner har lyft fram att det vid den här tidpunkten fanns en *Överenskommelse om en sjukskrivningsmiljard* som framstod som en lyckad satsning vilket är en anledning till att konceptet applicerades på tillgängligheten och blev till en *Kömiljard*.³¹ Att detta är en viktig förklaring till att regeringen och SKL träffade en överenskommelse om Kömiljarden bekräftas också av Vårdanalys studie av prestationsersättning.³²

Utredningar föreslår överenskommelser

Överenskommelserna *Förstärkt barn och föräldraperspektiv inom missbruks- och beroendevården* och *Vissa utvecklingsområden inom hälso- och sjukvården* har en del likheter. Båda är resultat av förslag från statliga utredningar. I utredningen *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU 2009:11) ansåg utredaren att det behövdes en överenskommelse om cancervården. Några av de punkter som utredningen tog upp finns kvar i överenskommelsen om *vissa utvecklingsområden inom hälso- och sjukvården*. Den här överenskommelsen är egentligen det som är kvar av den tidigare *Dagmaröverenskommelsen*. Från början innehöll Dagmaröverenskommelsen många olika delar. Den har på senare år smalnats av, men den är fortfarande en ”paraplyöverenskommelse” som består av flera olika områden. I utredningen *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten* (SOU 2008:18) föreslog utredaren överenskommelser mellan stat och SKL för att uppnå en mer strategisk kunskapsstyrning. De här överenskommelserna är inriktade på vad landsting och kommuner ska uppnå

²⁹ 2 a § hälso- och sjukvårdslag (1982:703).

³⁰ Se socialtjänstlag (2001:453) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i socialtjänsten.

³¹ Intervju med företrädare för Socialdepartementet 2014-03-04.

³² Vårdanalys 2013:8 *Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning*.

och inte hur det ska göras. Prestationsersättning har inte varit aktuellt i någon av överenskommelserna.

När det gäller överenskommelsen om förstärkt barn och föräldraperspektiv inom missbruks- och beroendevården har prestationsersättning inte varit aktuellt eftersom det inte upplevs som ändamålsenligt med satsningens utformning. Enligt uppgift från departementet är det inga tydliga prestationer som ska uppnås i den här överenskommelsen.³³ Den här överenskommelsen har inte heller omförhandlats utan beslutet löper över flera år.

2.1.4 *Hur bestäms summorna?*

Överenskommelserna innehåller alltid en summa pengar. Hur regeringen och SKL har kommit fram till summan för varje område är inget som redovisas i överenskommelserna. Det är naturligtvis resultatet av en förhandling, vilket i sig försvårar transparensen. Summorna väcker dock ett antal frågor: Vad ska pengarna gå till? Ska de användas i framtiden eller ska de täcka administrativa kostnader? Varför just till exempel en miljard?

När det gäller överenskommelser utan prestationsersättning tycks medlen avse ersättning för att till exempel genomföra olika projekt som landstingen kan ansöka om finansiering till. I andra fall är redan en viss summa avsatt till området, och överenskommelsen och eventuella parallella satsningar får dela på dessa pengar. Detta gäller exempelvis överenskommelsen *Förstärkt barn- och föräldraperspektiv inom missbruks- och beroendevården*.³⁴

När det gäller överenskommelser med prestationsersättning har företrädare för Socialdepartementet betonat att pengarna bara ska ses som stimulansmedel och att de inte ska täcka administrativa kostnader för arbetet med överenskommelsen eller ersätta landsting eller kommuner för deras arbetsinsatser. Tanken är i stället att pengarna ska styra mot ett visst beteende. Därför väljs summan för att den ska styra och inte för att den ska svara mot ett visst behov av resurser till området.³⁵ Det är möjligen också en förklaring till varför summan kan vara just en miljard – oavsett vilket problem som ska åtgärdas. Det är en jämn summa som är lätt att kommunicera.³⁶

³³ Intervju med företrädare för Socialdepartementet 2014-02-21.

³⁴ Ibid.

³⁵ Intervju med företrädare för Socialdepartementet 2014-03-04, intervju med företrädare för SKL 2014-02-05.

³⁶ Intervju med företrädare för Socialdepartementet 2014-03-04.

2.2 Vilka är det som kommer överens och vad är det man är överens om?

2.2.1 Vilka aktörer ansvarar för vad?

Det är Socialdepartementet och SKL som förhandlar om överenskommelserna. Det vanliga är att överenskommelsen ger landsting, kommuner och ibland SKL olika arbetsuppgifter. Vilka delar som ska följas upp och av vilken aktör brukar i regel framgå av överenskommelsen. Uppföljning eller utvärdering ska vanligtvis göras av Socialstyrelsen, Statskontoret eller Vårdanalys. Det förekommer även att SKL har ansvar för uppföljning av överenskommelser. Utbetalningarna sköts oftast av Kammarkollegiet och ibland även av SKL.³⁷ Vem som ansvarar för det övergripande resultatet av en överenskommelse framgår dock i princip aldrig av överenskommelsen.

2.2.2 Staten förhandlar med SKL...

Arbetet med att ta fram överenskommelser består som sagt till stor del av förhandling mellan regeringen och SKL. I förhandlingarna företräds regeringen av Socialdepartementet. Socialdepartementet förhandlar med SKL som företräder Sveriges 290 kommuner och 21 landsting och regioner. SKL:s arbete med överenskommelserna förankras löpande hos medlemmarna genom diskussioner och föredragningar i olika nätverk.³⁸ Det är statssekreterare på Socialdepartementet och SKL:s verkställande direktör som undertecknar överenskommelsen. Överenskommelsen blir klar genom beslut av regeringen och SKL:s styrelse. Varje överenskommelse har sin egen förhandlings- och beredningsprocess.

Enligt uppgift från Socialdepartementet följer Socialdepartementets tre statssekreterare och vd för SKL upp överenskommelserna generellt (med två års mellanrum) samt diskuterar framtida inriktning och prioritering.³⁹ I vissa överenskommelser finns det också samordnare kopplade till området.⁴⁰

Budgetprocessen styr de årliga förhandlingarna

Eftersom överenskommelserna innehåller statliga pengar styr den statliga budgetprocessen när i tiden överenskommelserna beslutas. På våren, under arbetet med den ekonomiska vårpropositionen, fastställer regeringen huvuddragen i den ekonomiska politiken och vilka ramar och riktlinjer som

³⁷ Kammarkollegiet betalar ut pengar till SKL som fördelar pengarna vidare till landsting och/eller kommuner. I några fall är det Försäkringskassan som är utbetalande myndighet.

³⁸ Intervju med företrädare för landsting mars, april samt maj 2014.

³⁹ Intervju med företrädare för Socialdepartementet 2013-12-20.

⁴⁰ PRIO- området (överenskommelsen om psykisk ohälsa) och området mest sjuka äldre (överenskommelsen om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre).

gäller. I budgetpropositionen, som kommer under hösten, tas detaljerna fram. I november fattar riksdagen beslut om hur mycket pengar som ska gå till de olika utgiftsområdena. Därefter föreslår respektive utskott hur pengarna ska fördelas på anslag inom de utgiftsområden som utskottet arbetar med. Kammaren fattar beslut om anslagen i mitten av december. Först då är det helt klart hur mycket pengar som regeringen kan använda till överenskommelser.⁴¹ Överenskommelserna beslutas i regel i mitten av december, för att börja gälla första januari året efter.

Departementen har olika roller i beredningen

Inom Regeringskansliet styrs arbetet med överenskommelsen i första hand av Socialdepartementet. På Socialdepartementet ligger ansvaret för överenskommelserna på de chefer vars sakområde berörs. Finansdepartementets budgetavdelning och Statsrådsberedningens samordningskanslii involveras relativt tidigt i processen och kan då ha synpunkter på ersättningsmodellerna, utifrån: kostnadseffektivitet, budgetära konsekvenser och samhällsekonomiska konsekvenser. Detta gäller främst när en överenskommelse presenteras. Efterföljande år är ramarna redan lagda och då handlar det mest om att förvalta överenskommelsen, även om krav och kriterier kan ändras. När överenskommelsen är förhandlad bereds den inom Regeringskansliet och då involveras budgetavdelningen igen, men även kommunenheten på Finansdepartementet. Kommunenheten bevakar bland annat att överenskommelserna är korrekta utifrån finansieringsprincipen och det kommunala självstyret.⁴² Överenskommelserna bereds även med andra enheter och departement inom Regeringskansliet.

Finansdepartementet har i intervjuer påpekat att det är svårt för budgetavdelningen och kommunenheten att i detalj ha synpunkter på besluten om överenskommelser eftersom dessa dokument är resultat av en förhandling med en utomstående part och Finansdepartementet har begränsad sakkunskap inom de enskilda områden som överenskommelsen omfattar.⁴³

Viss samordning av överenskommelserna sker på departementet

På grund av att det blivit fler överenskommelser har en arbetsprocess tagits fram för arbetet med överenskommelserna inom Socialdepartementet. Enligt uppgift från Socialdepartementet finns det sedan länge en checklista som tagits fram av rättsenheten på Socialdepartementet i samarbete med SKL, och som handläggarna för respektive överenskommelse ska fylla i när nya beslut om

⁴¹ Finansdepartementet 2008.7 *Den statliga budgetprocessen*.

⁴² Intervju med företrädare för Finansdepartementet 2014-05-19.

⁴³ Intervju med företrädare för Finansdepartementet 2014-05-19 samt kommentarer från faktagranskning 2014-09-09.

överenskommelser tas. Sedan 2013 finns också en tydlig process framtagen med en gemensam tidtabell. Det har tagits fram en lathund, delvis tillsammans med SKL, där det framgår vad som ska finnas med i en överenskommelse och på vilket sätt texter ska formuleras. I processen ingår möten då ansvariga diskuterar överenskommelserna sinsemellan. Det finns även tidpunkter för avstämning av sakfrågorna med den politiska ledningen, avstämning så att allt är med i enlighet med lathunden och avstämning mot upphandlings- och statsstödsenheterna i deras specifika frågor.⁴⁴ Samordningsenheten samt upphandlings- och statsstödsenheterna deltar också i den gemensamma beredningen av varje överenskommelse. Varje överenskommelse har i övrigt sitt eget fokus och sin egen planering. En förklaring som framkommit till detta är att handläggare upplever att överenskommelserna har olika karaktär.⁴⁵

Regeringen har ofta ett utkast klart när förhandlingen börjar

Överenskommelserna arbetas fram genom förhandling mellan regeringen och SKL. Innan förhandlingarna med SKL påbörjas är det vanligt att det redan finns ett utkast till en överenskommelse.⁴⁶ I intervjuer med Regeringskansliet har det framkommit att idéer om överenskommelser kan uppkomma i interna diskussioner inom Regeringskansliet. Ibland tas idén till överenskommelsen fram direkt av politikerna och ibland är de förslag från tjänstemännen på departementet. Enligt uppgift från Socialdepartementet har det också hänt att SKL har tagit initiativ till överenskommelser.⁴⁷ Oavsett vilket område överenskommelsen gäller förs en dialog mellan departementet (handläggare och gruppledare) och SKL (handläggare och sektionschef). Avstämningar sker sedan med respektive ledning. Regeringskansliet ser inte behov av att ha med Socialstyrelsen i diskussionerna om själva överenskommelserna. Enligt företrädare för departementet väljs områdena ut tillsammans med SKL.⁴⁸ Bilden från våra intervjuer är dock att när förhandlingen mellan Socialdepartementet och SKL påbörjas brukar både summan och ersättningsmodellen vara fastställda.

Dialog snarare än förhandling

Den bild av arbetet med överenskommelser som kommit fram i våra intervjuer med tjänstemän på departementet är att de uppfattar att arbetet med överenskommelser till stor del består av diskussioner mellan

⁴⁴ Enligt uppgift från företrädare för Socialdepartementet 2013-12-20 samt kommentarer från faktagranskning 2014-09-09.

⁴⁵ Intervju med tjänsteman inom Regeringskansliet 2014-05-18.

⁴⁶ Intervju med företrädare för Socialdepartementet 2013-12-20.

⁴⁷ Uppgift inkommen i samband med faktagranskning 2014-09-09.

⁴⁸ Intervju med företrädare för SKL 2014-02-05, intervju med företrädare för Socialdepartementet 2014-04-03 och 2014-05-08

parterna. Processen beskrivs som en dialog snarare än en förhandling.⁴⁹ Regeringskansliets bild av hur överenskommelserna fungerar är övervägande positiv. Enligt företrädare för departementet ska överenskommelserna inte ses som något som skapar merarbete för landstingen utan snarare som ett stöd till landstingen att förbättra sitt arbete.⁵⁰

2.2.3 ... om vad landstingen, kommunerna och SKL ska göra

Förhandlingarna handlar om vad landsting, kommuner och SKL ska göra. SKL förhandlar alltså både åt sina medlemmar (kommuner och landsting) och åt sig själva. I förhandlingarna ska SKL företräda sina medlemmars intressen. SKL skulle i de fall de bedömer att överenskommelsen inte är bra för sina medlemmar rent teoretiskt kunna välja att inte gå med på överenskommelsen. Riksrevisionens bild är att SKL samtidigt har svårt att tacka nej till överenskommelserna eftersom dessa ses som erbjudanden om pengar till medlemmarna. Områdena som överenskommelserna omfattar uppfattas också som relevanta, både av SKL och av de landsting och regioner vi pratat med.

I intervjuer med handläggare på SKL har det kommit fram att SKL upplever att departementet ganska ofta vill styra mer i detalj än vad SKL själv vill. SKL upplever i de fallen att deras roll blir att hålla emot för att på så sätt bevaka sina medlemmars intressen.⁵¹ Den här bilden har också förstärkts genom intervjuer med landstingsföreträdare som beskrivit att detta är ett budskap som landstingen ofta för fram i SKL:s olika nätverk.

2.2.4 Staten och SKL följer upp överenskommelser

Både SKL och olika statliga myndigheter har i uppgift att göra uppföljning eller utvärdering av hela eller delar av överenskommelserna. Vad som ska följas upp eller utvärderas varierar eftersom olika överenskommelser ser olika ut. Ofta handlar en uppföljning om att en myndighet kontrollerar om prestationskrav och indikatorer uppfyllts. Uppföljningen resulterar i ett underlag för beslut om utbetalning som oftast skickas till Kammarkollegiet som betalar ut pengarna. Hur ofta en överenskommelse följs upp varierar. Vissa överenskommelser följs upp månadsvis. Riksrevisionen har noterat att de överenskommelser med prestationsbaserad ersättning, som är de som innehåller mest pengar, också är de som följs upp mest och oftast.

⁴⁹ Intervju med företrädare för Socialdepartementet 2014-02-21.

⁵⁰ Intervjuer med företrädare för Socialdepartementet 2014-03-04.

⁵¹ Intervju med företrädare för SKL 2014-02-05.

När det gäller utvärdering är det olika hur mycket regeringen valt att fokusera på överenskommelserna. En del överenskommelser utvärderas först mot slutet och andra årligen och avslutas med en slutrapport ett eller flera år senare. I en del överenskommelser är ansvaret för delar i processen uppdelat mellan olika aktörer. Ett exempel är uppföljningen av *Patientsäkerhetsstrategin* 2013 där Socialstyrelsen, SKL och Smittskyddsinstitutet ska följa upp olika grundkrav och indikatorer. Socialstyrelsen ska dessutom utforma och ansvara för genomförandet av den samlade uppföljningen/utvärderingen av överenskommelsen.

Socialstyrelsen ska inom ramen för överenskommelsen om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre bedöma om landstingen har nått upp till kraven för prestationsersättning. Tidigare låg detta arbete på SKL, vilket Statskontoret har kritiserat, eftersom SKL är en av parterna i överenskommelserna.⁵² Samtidigt är SKL en medlemsorganisation och ska värna sina medlemmars intressen. SKL upplever att det är svårt att hantera både den granskande eller utvärderande rollen, särskilt eftersom det inte är medlemmarna som bestämt att SKL ska ha den rollen. Enligt företrädare för SKL kan detta vara en svår balansgång.⁵³ Det är svårt att bedöma om de egna medlemmarna ska få pengar. Man kan fråga sig vilken roll SKL egentligen förväntas ta i den här situationen.

Statskontoret har i en rapport pekat på att överenskommelser innebär att SKL:s roll gentemot sina medlemmar blir mer komplicerad och att ett flitigt användande av överenskommelser kan göra ansvarsförhållandena mindre tydliga mellan kommuner och landsting och SKL.⁵⁴

Statskontoret har också haft i uppdrag att, inom ramen för uppföljningen av Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten, ta fram underlag för att kunna utforma framtida överenskommelser mellan staten och SKL på ett ändamålsenligt sätt.⁵⁵ Uppdraget redovisades första september 2014.⁵⁶

⁵² Statskontoret 2010:22 *Uppföljning av prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre*, delrapport 1, s. 33–34.

⁵³ Intervju med företrädare för SKL 2014-05-23.

⁵⁴ Statskontoret 2011:22 *Tänk efter före – om viss styrning av kommuner och landsting*, s. 11.

⁵⁵ *Uppdrag att följa upp och utvärdera överenskommelsen om evidensbaserad praktik inom socialtjänsten S2011/986/FST* (delvis).

⁵⁶ Statskontoret 2014:18 *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten*. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Slutrapport.

2.2.5 *Socialstyrelsen bedömer resultaten men deltar inte i förhandlingen*

Socialstyrelsen har flera olika uppdrag och ett av dem är att vara förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård. I det arbetet ingår att bidra med underlag och expertkunskap för det arbete som regeringen bedriver nationellt och internationellt.⁵⁷ Socialstyrelsen upplever inte att det finns någon formaliserad process för deras deltagande i överenskommelser. Deras roll varierar mellan olika överenskommelser. Det vanliga är att Socialstyrelsen har någon form av uppföljnings- eller utvärderingsansvar.⁵⁸ Ibland involveras myndigheten även i att ta fram indikatorerna. Socialstyrelsen är dock aldrig med i förhandlingen mellan SKL och departementet.

Företrädare för Socialstyrelsen beskriver att de har fått en ”revisorsroll”. Detta bekräftas av genomgången som Riksrevisionen gjort av aktuella överenskommelser inom ramen för granskningen. I intervjuer framkommer tydligt att myndigheten inte känner sig bekväm i revisorsrollen. När det gäller överenskommelsen om psykisk ohälsa har Socialstyrelsen bjudits in till möten med SKL och departementet men myndigheten har valt att tacka nej på grund av sitt uppföljningsansvar. Anledningen till att Socialstyrelsen inte vill involveras är att de tycker att de får en konstig roll när de senare ska bedöma resultaten. Vid en intervju framkom att Socialstyrelsen anser att om de skulle kunna påverka kraven skulle de inte kunna göra utvärderingar. Ibland är kraven nämligen lägre satta än Socialstyrelsens föreskrifter, vilket försätter myndigheten i en konstig situation eftersom de tagit fram föreskrifterna.⁵⁹ Ett exempel på när överenskommelsen och föreskrifterna inte ställer samma krav finns inom patientsäkerhetsområdet. Där har Socialstyrelsen utfärdat föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården.⁶⁰ Dessa föreskrifter anger grundläggande krav på klädsel och handhygienrutiner för hälso- och sjukvårdspersonal och ska följas av all personal. Samtidigt får landstingen ersättning från Patientsäkerhetsöverenskommelsen om 70 procent av personalen följer föreskriftens krav på rutiner och regler.

⁵⁷ Förordning (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen.

⁵⁸ Exempelvis ska Socialstyrelsen; följa upp och bedöma grundkrav 1 i Patientsäkerhetsöverenskommelsen 2014, följa upp grundkrav 2 i överenskommelsen om stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2014 samt bedöma om kommuner och landsting nått upp till de grundläggande kraven i överenskommelsen om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2014.

⁵⁹ Intervju med företrädare för Socialstyrelsen 2014-06-04.

⁶⁰ SOSFS 2007:19.

Vård- och omsorgsutredningen pekade i sitt slutbetänkande på att myndigheterna ibland fått en otydlig roll i arbetet med överenskommelser. En del av dem som utredningen talat med uppfattade regeringens nära samarbete med SKL som ett uttryck för att regeringen inte tror att de statliga myndigheterna har förmåga att bidra till utveckling.⁶¹ Den här bilden bekräftas i en del av våra intervjuer med departementet där handläggare uppgett att det inte skulle ha hänt lika mycket om departementet hade använt sig av Socialstyrelsen för att nå ut till kommuner och landsting. Ett skäl till att SKL fått en central roll i arbetet med överenskommelser tycks alltså ligga i att departementet inte trott att det skulle vara möjligt att få samma effekt med hjälp av den sedvanliga statliga myndighetsstrukturen.

Företrädare för Socialstyrelsen menar att deras roll inte är att förändra i vården, utan det måste landstingen göra själva.⁶² Myndighetens begränsade involvering i arbetet med att ta fram överenskommelsen är något som har kritiserats av både Vårdanalys och Statskontoret.⁶³

2.3 Aktuella överenskommelser mellan staten och SKL

Tabell 1 visar de överenskommelser mellan staten och SKL som berör alla landsting och/eller kommuner och som pågår 2014, vilken ekonomisk omfattning de har, hur länge de pågår och vad syftet med dem är.

I tabellen finns inte överenskommelsen om en pilotverksamhet med aktivitetsförmågeutredningar med eftersom den bara vänder sig till vissa landsting.

⁶¹ SOU 2012:33 *Gör det enklare!* s. 166.

⁶² Intervju med företrädare för Socialstyrelsen 2014-06-04.

⁶³ Statskontoret 2012:35 *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre*. Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL delrapport 3, Vårdanalys 2013:7 *Utvärdering av handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa*. Lägesrapport 2013.

Tabell 1 Överenskommelser mellan staten och SKL som pågår 2014

Område	Kr 2014	Varaktighet	Syfte
Kömiljarden	1 000 000 000	6 år, 2009–2014	Genom ekonomiska incitament <i>uppmuntra och stärka</i> tillgänglighetsarbetet i landstingen.
Sjukskrivningsmiljarden	1 000 000 000	9 år, 2007–2015	Åstadkomma effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess samt att <i>öka landstingens drivkrafter</i> att prioritera sjukskrivningsfrågan.
Fördjupade medicinska utredningar (tidigare del av sjukskrivningsmiljarden)	250 000 000	6 år, 2010–2015	Ersättning till landsting som levererar fördjupade medicinska utredningar till försäkringskassan.
Nationella kvalitetsregister	220 000 000 ⁶⁴	5 år, 2012–2016	<i>Utveckla</i> Nationella kvalitetsregister så att dess potential för vårdens utveckling kan realiseras.
Sammanhållen vård om de mest sjuka äldre	1 001 000 000	5 år, 2010–2014	Genom ekonomiska incitament och med de mest sjuka äldre i centrum, <i>uppmuntra, stärka och intensifiera samverkan</i> mellan kommuner och landsting.
Kunskapsstyrning och vissa utvecklingsområden inom hälso- och sjukvården	39 430 000	2 år, 2013–2014	<i>Stödja insatser i landstingen</i> gällande kunskapsstyrning
Jämlik vård	1 580 000	4 år, 2011–2014	Erhålla mer jämlik vård och <i>öka kunskapen</i> om hur man kan arbeta för en mer jämlik vård för särskilda grupper.
Patientsäkerhet	675 000 000	4 år, 2011–2014	Genom ekonomiska incitament och med patientens behov i centrum, <i>uppmuntra, stärka och intensifiera patientsäkerhetsarbetet</i> i landstingen.
Missbruks- och beroendevården (förstärkt barn- och föräldraperspektiv)	12 000 000	4 år, 2011–2014	<i>Stödja kommuner och landsting att utveckla</i> den svenska missbruks- och beroendevården.
Psykisk ohälsa	692 000 000	3 år, 2011–2014	<i>Förbättra vården och omsorgen</i> för barn och unga med psykisk ohälsa samt vuxna med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik.
Rehabiliteringsgarantin	750 000 000	7 år, 2008–2014	<i>Öka återgång i arbete eller förebygga</i> sjukskrivning för män och kvinnor i arbetsför ålder.
Evidensbaserad praktik inom Socialtjänsten	213 550 000	5 år, 2011–2015	<i>Stärka socialtjänstens möjligheter och förmåga</i> att skapa och använda relevant kunskap och informationsteknik.
Handslaget – stärka barnets rättigheter	8 500 000	5 år, 2010–2014	<i>Intensifiera och utveckla</i> arbetet med <i>barnets rättigheter</i> utifrån barnkonventionen i kommuner och landsting

⁶⁴ Landstingen avsätter ytterligare 100 miljoner kronor.

Förutom ovanstående aktuella överenskommelserna pågår också visst arbete inom ramen för överenskommelsen om *hållbar jämställdhet* även om själva överenskommelsen avslutades 2013.

2.3.1 Olika ersättningsmodeller

Samtliga överenskommelser som pågår innehåller någon form av statsbidrag. Man brukar tala om tre olika fördelningsmodeller för riktade statsbidrag:

- Bidraget delas ut efter ett ansökningsförfarande.
- Bidraget delas ut efter en fast fördelningsnyckel (t.ex. befolkningsantal).
- Bidraget delas ut efter prestation (t.ex. kvalitetsindikatorer, resultatmått etc.).

Det är endast i en fördelningsmodell som utgår från en bestämd fördelningsnyckel (modell 2) som kommuner och landsting kan vara säkra på om de kommer att få del av medlen eller hur stor del de får. I de fall pengar betalas ut efter ett ansökningsförfarande (modell 1) ska huvudmännen få sin ansökan bedömd innan de kan vara säkra på att få ta del av medlen. Prestationsersättningen (modell 3) kan vara konstruerad med en rörlig ersättning som baseras på en procentuell förändring eller relativ förändring inom länen. Ersättningen kan också vara fast och utbetalas om landstinget uppfyllt ett antal kriterier. Slutligen kan prestationsersättningen fördelas till landstingen per utförd behandling. Detta innebär att valet av fördelningsmodell skapar olika förutsättningar för förutsebarhet vilket påverkar huvudmännens möjligheter att planera sin verksamhet. När det gäller prestationsersättning är det först efter att insatsen är utförd och bedömd som kommuner och landsting vet om de får del av medlen och i så fall hur stor del de får.

2.4 Överenskommelsernas utveckling över tid

2.4.1 Överenskommelser har börjat användas på ett nytt sätt

Riksrevisionens kartläggning av överenskommelser 1989–2014 visar att summorna som fördelas via överenskommelser är mindre idag jämfört med 1989 (se diagram 1 nedan). Samtidigt är det fler överenskommelser idag, totalt fjorton⁶⁵ stycken jämfört med sex stycken för 25 år sedan. Tidigare var Dagmaröverenskommelsen den dominerande överenskommelsen som omfattade strax över elva miljarder kronor 1985. Genom införandet av Dagmar skedde en successiv övergång från prestationsrelaterade ersättningar till en fast ersättning per invånare. Det främsta syftet med förändringen var det övergripande mål som hälso- och sjukvårdslagen 1982 formulerade om en god

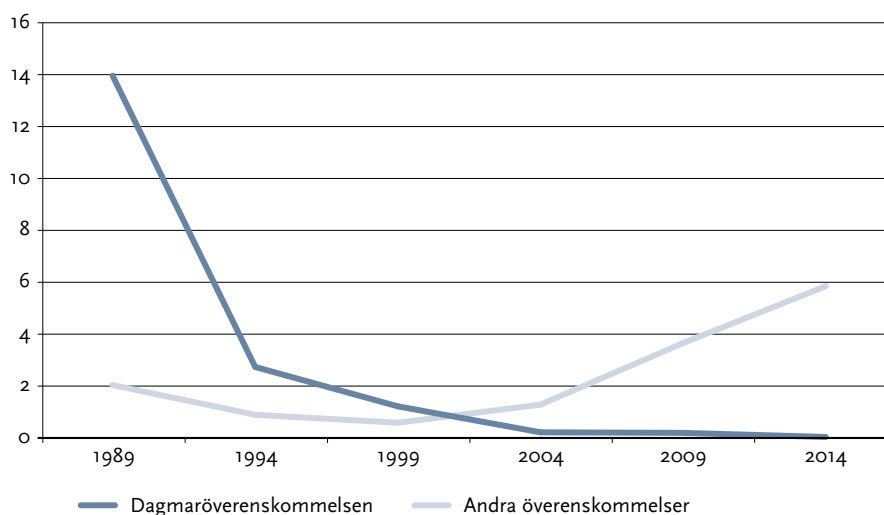
⁶⁵ 13 stycken överenskommelser rör samtliga kommuner och/eller landsting, en överenskommelse rör vissa landsting.

hälsa på lika villkor för hela befolkningen.⁶⁶ Vad ersättningen skulle gå till och hur den fick användas såg också annorlunda ut jämfört med i dag.

Dagmaröverenskommelsen innehöll inte prestationsersättning utan ersatte landstingen för vissa kostnader eller uppgifter. I Dagmaröverenskommelsen för 1985 fick ersättningen användas till läkarvård, ersättning för röntgen- och laboratorieundersökningar, sjukvårdande behandlingar, ambulanstransporter och handikapphjälpmedel för att nämna några exempel. Överenskommelsen reglerade främst själva ersättningsbeloppen till landstingen; hur utförandet skulle gå till reglerades inte via överenskommelsen.⁶⁷

Diagram 1 Ekonomisk omfattning av överenskommelser 1989–2014

Miljarder kronor



Källa: Regeringens budgetpropositioner 1989–2014

Dagens överenskommelser uppgår tillsammans till 5,8 miljarder kronor.⁶⁸ De riktade statsbidragen genom överenskommelser har ökat markant efter 2008. En viktig förklaring till ökningen är helt enkelt att antalet överenskommelser har ökat.

⁶⁶ Anell & Svarvar Bilaga 5 i SOU 1999:66 s 168.

⁶⁷ Prop. 1982/83:174 Om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m.

⁶⁸ Exklusive Läkemedelsavtalet som är den överenskommelse som traditionellt sett har omfattat mest pengar. År 2011 omfattade överenskommelsen om läkemedel 22,9 miljarder. Sedan 2012 finns dock inget avtal, vilket gör att bidragen betalas ut via tillfälliga beslut.

2.4.2 *Överenskommelserna innehåller allt mer prestationsersättning*

Den första överenskommelsen inom hälso- och sjukvården som innehöll någon form av prestationsbaserad ersättning var Sjukskrivningsmiljarden, som beslutades 2006. Sammantaget är prestationsbaserad ersättning den vanligaste ersättningsformen i överenskommelser och återfinns i lite mer än hälften av överenskommelserna. Enligt Vårdanalys motsvarade prestationsbaserad ersättning 2 procent av statens budget för hälsovård, sjukvård och social omsorg 2006. År 2013 hade prestationsersättningen vuxit till 9 procent.⁶⁹

År 2014 pågår sex överenskommelser som innehåller prestationsersättning, vilket utgör knappt hälften av årets överenskommelser. Överenskommelserna med prestationsersättning är de med mest pengar och därför dominerar prestationsersättningen rent finansiellt, 4,5 miljarder kronor av totalt 5,8 miljarder, som satsas på överenskommelser 2014 går till prestationsersättning i de sex överenskommelserna. Fyra av överenskommelserna består så gott som enbart av prestationsersättning.

Överenskommelserna utgör ibland merparten av de pengar som regeringen satsar på olika områden. När det gäller till exempel området *Mest sjuka äldre* satsar regeringen sammanlagt 4,3 miljarder kronor under mandatperioden och 3,75 av dessa satsas genom överenskommelsen. Samma sak gäller *Patientsäkerhetssatsningen* där regeringen satsar 2,5 miljarder och nästan 2 miljarder kronor går via överenskommelser.

2.4.3 *Överenskommelserna innehåller en mängd detaljerade krav*

Det är ovanligt att överenskommelserna innehåller några effektmått. I stället består de för det mesta av någon form av struktur- eller processmått. De insatser som krävs från landstingen handlar ofta om att mäta, registrera, kartlägga, utreda, lämna underlag och delta. Hur de utvalda måtten och insatserna är tänkta att leda till långsiktiga effekter i vården beskrivs sällan i överenskommelserna. Statskontoret har i sina uppföljningar av enskilda överenskommelser lyft fram att det kan vara svårt att påvisa att det finns ett orsakssamband mellan utvalda indikatorer och vårdens eller omsorgens resultat.

Det totala antalet krav som ställs på landstingen i överenskommelserna har ökat sedan 2007. Den största ökningen har ägt rum under de tre senaste åren då antalet krav ökat kraftigt. Riksrevisionen har identifierat ungefär 160 stycken krav sammanlagt i överenskommelserna för 2014.⁷⁰ Överenskommelser

⁶⁹ Vårdanalys 2013:8 *Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning*.

⁷⁰ Med krav syftar vi på åtgärder (stora eller små) som landstingen behöver vidta för att få ekonomisk ersättning. Det kan handla om allt från att upprätta en handlingsplan till att mäta en viss ledtid i en process. För att få maximal ersättning måste landstingen uppfylla samtliga krav, men man kan också få ersättning om man uppfyller färre krav.

med prestationsersättning innehåller flest krav, som mest runt 40 stycken. Kraven som ställs i överenskommelser med prestationsbaserad ersättning handlar många gånger om hur landstingen ska utföra något. Det tydligaste exemplet på det är i *Rehabiliteringsgarantin* som till och med talar om vilka behandlingsmetoder som landstingen ska använda.

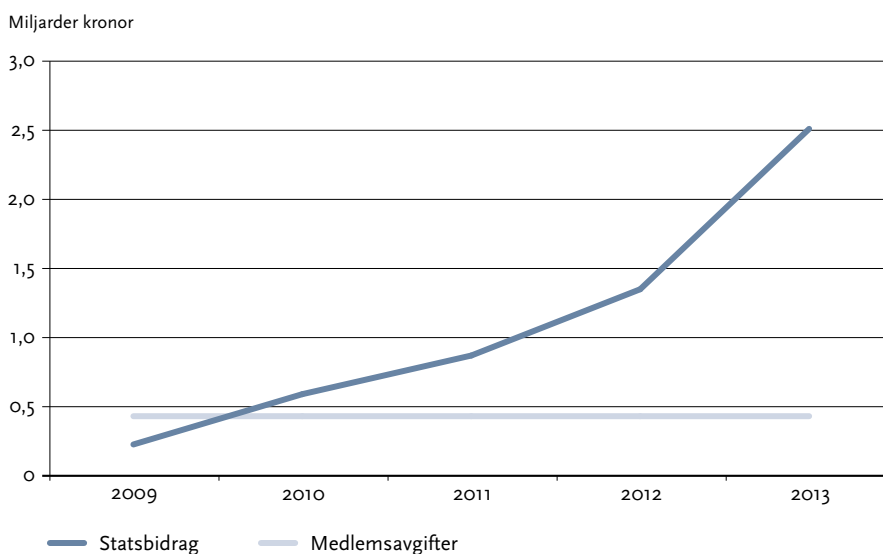
Det ökade inslaget av detaljer i överenskommelserna leder till ökad administration. Överenskommelserna genererar mycket administration för såväl huvudmännen, SKL och uppföljande myndigheter som för Socialdepartementet. Det beror på att kraven och indikatorerna många gånger handlar om process- och strukturmått vilket leder till en ökad administration för huvudmännen i form av mätningar och redovisningar. Ju fler återrapporteringskrav desto större blir också regeringens behov av uppföljning. Att överenskommelserna medför en ökad arbetsbelastning på departementet är något som tidigare framförts bland annat av Vård- och omsorgsutredningen och Statskontoret.⁷¹

Den tydligaste skillnaden mellan hur överenskommelser användes tidigare och hur de används i dag är att de tidigare främst handlade om att finansiera vissa verksamheter. Den detaljerade styrningen med prestationsbaserad ersättning i överenskommelser förekom inte tidigare utan uppstod först 2006.

2.4.4 Mer pengar till SKL

Antalet överenskommelser har ökat på kort tid. Samtidigt har de statliga bidrag som SKL får genom överenskommelser ökat bland annat på grund av att SKL har fått fler uppgifter att utföra inom ramen för överenskommelser. En stor del av pengarna är sådana bidrag som SKL ska fördela vidare till landsting och kommuner. Även den del som ska gå till SKL för arbete med överenskommelser är stor och har ökat under senare tid. Pengarna ska bland annat gå till olika projekt och stödverksamhet. I överenskommelsen om psykisk ohälsa 2014 får SKL exempelvis 62,5 miljoner kronor till en samordningsfunktion och till utvecklingsstöd för insatser till barn och unga samt vuxna med omfattande eller komplicerad problematik. När det gäller ersättningen till det sistnämnda området, vuxna, finns detaljerade mål i överenskommelsen för vad SKL ska uppnå, SKL ska också redogöra för vad man gjort för bidraget. De får själva välja arbetsformer och övriga arbetssätt för att uppfylla målen.

⁷¹ Statskontoret 2014:18 *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten*. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL samt SOU 2011:65 *Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem – en kartläggning* s 90.

Diagram 2 Statsbidrag* och medlemsavgifter till SKL 2009–2013

* Siffrorna omfattar samtliga statliga bidrag, dvs inte bara till hälso- och sjukvård.

Källa: SKL:s årsredovisningar 2009–2013.

En genomgång av SKL:s årsredovisningar visar att SKL sedan några år tillbaka får mer pengar från statliga bidrag än de får medlemsavgifter. Totalt uppgick de statliga bidragen till SKL (inte bara inom hälso- och sjukvårdsområdet) år 2013 till drygt 2,51 miljarder kronor. Den största andelen av de statliga bidragen (1,9 miljarder kronor) var sådana där SKL endast var förmedlingspart. Resterande bidrag, som handlar om projekt och utvecklingsarbete där förbundet medverkar aktivt, uppgick samma år till strax över 560 miljoner kronor, vilket är mer än de sammantagna medlemsavgifterna (425 miljoner).⁷² Dessa pengar går bland annat till IT-utveckling och annat som är till för medlemmarna. I besluten om överenskommelser för 2014 har vi funnit att 248,3 miljoner kronor tilldelats SKL för att SKL ska utföra olika arbetsuppgifter exempelvis i form av nationell samordning inom ramen för överenskommelserna.⁷³

⁷² SKL 2014 Årsredovisning 2013, sid. 19 och sid. 26.

⁷³ I de 248,3 miljoner kronorna har vi inkluderat de summor i överenskommelserna där SKL varit en tydlig mottagare (exklusive de summor som betalas ut direkt till medlemmarna). Det innebär att pengarna kan gå både till sådana aktiviteter som görs tillsammans med eller till nytta för medlemmarna. Det kan också finansiera underhåll av databaser, konferenser etc.

2.5 Vad leder överenskommelserna till?

2.5.1 Svårt att följa överenskommelsernas effekter

Det finns inget entydigt svar på frågan om vad överenskommelserna leder till. Det är egentligen inte så konstigt, eftersom det ofta saknas kunskap om hur förhållandena såg ut innan mätningarna började, vilket gör det svårt att se om förbättringar har skett. Vidare är det en svårighet att isolera effekterna av en överenskommelse från andra förändringar som skett under samma period. Dessutom är det, som vi nämnt tidigare, ovanligt att överenskommelserna innehåller resultat- eller effektmått. Det är oklart om de mått på strukturer och processer som överenskommelserna ofta innehåller leder till avsedda resultat i sjukvården. Kvaliteten på de data som levererats inom ramen för olika överenskommelser har också varierat. Ett exempel på att man inte vet vilken nytta en överenskommelse gör visar en uppföljning av rehabiliteringsgarantin. Uppföljningen pekar på att utvecklingen av total sjukfrånvaro är likartad oberoende av om en patient fått insatser inom rehabiliteringsgarantin eller inte.⁷⁴

2.5.2 Uppföljningar visar både positiva och negativa resultat

De uppföljningar som regeringen beställt av överenskommelser redovisar både positiva och negativa resultat och effekter.⁷⁵ En genomgång av uppföljningarna som vi har gjort visar att ingen av de uppföljande myndigheterna värderar om de positiva effekterna överväger de negativa effekterna. I de senaste årens budgetpropositioner beskriver regeringen en del av de negativa effekter som de uppföljande myndigheterna uppmärksammat. Riksrevisionen har dock noterat att regeringen beskriver överenskommelserna på ett övervägande positivt sätt.⁷⁶

En positiv effekt som lyfts fram av samtliga uppföljande myndigheter är att överenskommelserna leder till att landstingen får ett ökat fokus på de frågor som formuleras i överenskommelsen. Den här bilden bekräftas också av våra intervjuer med företrädare för landstingen. En annan positiv effekt är att överenskommelserna kan leda till en generell prestationshöjning på nationell

⁷⁴ Karolinska institutet 2011 *En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa*. Slutrapport del 1.

⁷⁵ Vårdanalys 2013:7, *Utvärdering av handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa*. Lägesrapport 2013 och Socialstyrelsen 2012-5-16, *Vårdgaranti och Kömiljard, uppföljning 2009–2011*, Socialstyrelsen 2010-5-16, *Vårdgaranti och Kömiljard. Uppföljning 2009–2011*, Statskontoret 2013:16, *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre*. Uppföljning av överenskommelse mellan regeringen och SKL. Delrapport 4 och Statskontoret 2012:35, *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre* Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Delrapport 3; och Statskontoret 2011:29. *Prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre* Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Delrapport 2 och Statskontoret 2010:22. *Prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre*. Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Delrapport 1, Inspektionen för Socialförsäkringen 2012:17 *Rehabiliteringsgaranti* samt Karolinska institutet 2011 *En processutvärdering av implementeringen av den nationella rehabiliteringsgarantin*. Slutrapport del 2.

⁷⁶ Se exempel på detta i prop. 2013/14:1 *Budgetproposition för 2014*, utg.9, s. 30, 39 och 146 samt prop. 2012/13, *Budgetpropositionen för 2013*, utg.9, sid. 56, 72 och 75.

nivå. En uppföljning av vårdgarantin och Kömiljarden visar att väntetiderna har minskat på nationell nivå under åren.⁷⁷ En uppföljning har också visat att personer som genomgår rehabilitering inom rehabiliteringsgarantin upplever en förbättrad hälsa och arbetsförmåga, även om det inte verkar leda till någon förändring av minskad total sjukfrånvaro det första året efter insatsen. Färre riskerar också att få sjukersättning.⁷⁸ Majoriteten av de som behandlats fick både lägre sjukfrånvaro, färre antal läkemedelsförskrivningar på kort sikt och färre antal vårdbesök på längre sikt.⁷⁹

En negativ effekt som lyfts fram i uppföljningar av olika överenskommelser är att överenskommelserna leder till undanträngning i vården.⁸⁰ Till exempel har Socialstyrelsen beskrivit att Kömiljardens och Vårdgarantins krav anses kunna leda till undanträngning av patientgrupper som inte ingår i vårdgarantin. Socialstyrelsen pekar i sin senaste uppföljning av Kömiljarden på att undanträngningseffekter på återbesök kan misstänkas.⁸¹ Även Vårdanalys har pekat på att de indikatorer som följs upp och jämförs blir starkt styrande för verksamheten. Det finns därmed en risk för att andra förebyggande insatser prioriteras ned.⁸² Tidigare studier visar att det inte heller går att utesluta att vårdgivare lämnar felaktiga uppgifter för att de vill uppvisa goda resultat eller för att få ta del av prestationsersättningen.⁸³

Om man tittar på utdelningen av statsbidrag inom överenskommelserna ser man att landstingens prestationer varierar över tid. Det går alltså inte att se att överenskommelserna medför en stadigt uppåtgående prestationskurva i samtliga landsting. Socialstyrelsens uppföljning av vårdgarantin och Kömiljarden visar att det under åren 2011–2013 inte skett några större förändringar när det gäller hur väl landstingen lever upp till vårdgarantin. I vilken mån de uppfyller vårdgarantins väntetidsgränser varierar mellan de olika landstingen och mellan åren.⁸⁴

⁷⁷ Socialstyrelsen 2014-5-5 *Vårdgaranti och Kömiljard, uppföljning 2013*.

⁷⁸ Karolinska institutet 2011 *En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa*. Slutrapport del 1.

⁷⁹ Inspektionen för socialförsäkringen 2012:17 *Rehabiliteringsgarantin*.

⁸⁰ Socialstyrelsen 2014-5-5 *Vårdgaranti och Kömiljard, uppföljning 2013*.

⁸¹ Ibid.

⁸² Vårdanalys 2013:8 *Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning*.

⁸³ Se exempelvis Statskontoret 2013:16 *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre, Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL delrapport 4*, s.9. Vårdanalys 2013:8 *Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning*, s. 12, Riksrevisionen 2013:20 *Statens satsningar på kvalitetsregister – leder de i rätt riktning?* och Statskontoret 2010:22 *Prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre, Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL delrapport 1*.

⁸⁴ Socialstyrelsen 2014-5-5 *Vårdgaranti och Kömiljard, uppföljning 2013*.

2.5.3 Risk för kortsiktiga lösningar på problem

En kritik som ibland framförs mot överenskommelser är att det är fråga om tillfälliga eller kortsiktiga satsningar inom ett område som behöver långsiktiga förutsättningar. Formen med årliga överenskommelser gör det svårt att hinna åtgärda orsakerna till problemen. Riksrevisionen har funnit exempel på insatser som vidtas för att tillfälligt kunna klara de krav som ställs i överenskommelsen. Tillfälliga lösningar gör att det finns en risk för att det är symptom snarare än faktiska problem som behandlas. Socialstyrelsen beskriver till exempel i uppföljningen av Kömiljarden att vissa landsting arbetar med tillfälliga riktade insatser såsom köp av vårdplatser hos andra vårdgivare, ändrade öppettider samt hyrläkare för att klara kraven i överenskommelsen.⁸⁵ Kraven på snabba prestationshöjningar kan innebära att de bakomliggande orsakerna till problemen inte åtgärdas. Karolinska Institutet menar till exempel i sin uppföljning av rehabiliteringsgarantin att brist på relevant kompetens utgör ett hinder för att klara kraven i garantin.⁸⁶

2.6 Sammanfattande iakttagelser

En överenskommelse innebär att regeringen och SKL kommer överens om ett område inom vården där uppgifter ska utföras i första hand av landsting och kommuner. Förhandlingen sker dock inte mellan jämbördiga parter eftersom det är regeringen som står för finansieringen. När SKL involveras är det ofta klart både hur mycket pengar överenskommelsen ska innehålla och vilken ersättningsmodell som ska användas. Det är svårt för SKL att tacka nej till att ingå överenskommelser med staten eftersom överenskommelserna ses som erbjudanden om pengar till medlemmarna.

Vår bild är att varje överenskommelse har sitt eget fokus och sin egen planering. Inom Regeringskansliet styrs arbetet med överenskommelserna i första hand av Socialdepartementet. Det finns en gemensam process med gemensam tidtabell. Det finns avstämningspunkter för olika frågor. Därefter sker en gemensam beredning. Tjänstemännen på budgetavdelningen och kommunenheten bevakar sina respektive ansvarsområden i varje överenskommelse. Riksrevisionens bild är att den samordning som sker framför allt handlar om formalia kring överenskommelserna.

De riktade statsbidragen som fördelas genom överenskommelser har ökat markant efter 2008. Merparten av de pengar som satsas på den här styrformen är prestationsbaserade. Riksrevisionens bild är att den här typen

⁸⁵ Socialstyrelsen 2012-5-16. *Vårdgaranti och Kömiljard – uppföljning 2009–2011*.

⁸⁶ Karolinska institutet 2011. *En processutvärdering av implementeringen av den nationella rehabiliteringsgarantin*. Slutrapport del 2.

av överenskommelser med prestationsbaserad ersättning tycks uppstå för att regeringen inte är nöjd med landstingens prestationer. Överenskommelserna används då för att komplettera lagstiftningen.

De statliga uppföljningarna av tillämpningen av överenskommelser visar både positiva och negativa resultat. Det finns inget entydigt svar på frågan om vad överenskommelserna leder till. Det beror bland annat på att det ofta saknas kunskap om hur förhållandena såg ut innan mätningarna började. Det är också oklart om de mått på strukturer och processer som överenskommelserna innehåller leder till avsedda resultat i sjukvården.

Flera uppföljningar indikerar att formen med årliga överenskommelser gör det svårt att hinna åtgärda orsakerna till problemen. Det finns exempel på insatser som landstingen vidtagit för att tillfälligt kunna klara de krav som ställs i överenskommelsen.

Det sätt som regeringen börjat använda överenskommelserna på medför en ökad administration för såväl landstingen som SKL och Socialdepartementet. En förklaring är att kraven i överenskommelserna har ökat, för närvarande ställs sammanlagt cirka 160 krav på landstingen via olika överenskommelser. En annan förklaring är att indikatorerna många gånger handlar om process- och strukturmått vilket leder till en ökad administration för huvudmännen i form av till exempel redovisningar och mätningar. Ju fler återrapporteringskrav överenskommelserna består av desto större blir också regeringens behov av uppföljning vilket ökar arbetsbelastningen på departementet.

I processen kring överenskommelserna har regeringen gjort SKL till en central aktör med många olika roller att hantera medan den statliga expertmyndigheten Socialstyrelsen har tilldelats en marginell roll. År 2013 tilldelades SKL mer pengar i form av statliga bidrag än vad de fick in av medlemsavgifter. Vi har funnit att cirka 248 miljoner kronor tilldelats SKL för administration och andra arbetsuppgifter inom ramen för överenskommelser.

3 Frivilligt att delta, men svårt att tacka nej

Överenskommelserna är formulerade som ”frivilliga erbjudanden” till landsting och kommuner. Samtidigt bygger de på ekonomiska incitament och fungerar som ett styrmedel för staten. I det här kapitlet diskuterar vi frivilligheten i överenskommelserna. Är någon egentligen bunden av en överenskommelse och vem är i så fall bunden till vad? Det finns ingen särskild reglering som anger vad som krävs för att staten ska bli bunden av ett avtal som innehåller ekonomiska förpliktelser. Det går inte heller att avgöra om staten blir bunden av en överenskommelse genom att direkt tillämpa avtalslagens regler eftersom statlig förvaltning skiljer sig från vad som gäller inom annan verksamhet. I kapitlet försöker vi därför bena ut huruvida överenskommelserna är juridiskt bindande eller inte.

3.1 Inget talar för att överenskommelserna är bindande

SKL är en arbetsgivar- och medlemsorganisation för Sveriges kommuner och landsting. De överenskommelser som finns mellan staten och SKL inom hälso- och sjukvård beslutas av regeringen och SKL:s styrelse. Överenskommelserna beslutas vid ett regeringssammanträde och statssekreterare vid Socialdepartementet skriver under beslutet å regeringens vägnar.⁸⁷ När Socialdepartementet ingår överenskommelser med SKL gör de det i egenskap av rättssubjektet staten. Överenskommelserna är i regel utformade som kommersiella samarbetsavtal. Trots det är det mycket som talar emot att traditionella förmögenhetsrättsliga förhållanden ska gälla.⁸⁸ Enligt Statskontoret är en överenskommelse inget juridiskt bindande dokument. Det finns inga formella sanktioner som utlöses om avtalet skulle brytas. Om en överenskommelse bryts får det möjligtvis politiska och ekonomiska konsekvenser men inte juridiska.⁸⁹

⁸⁷ Varje träffad överenskommelse fastställs i ett regeringsbeslut ofta med uppdrag att utbetala medel för överenskommelsen utifrån uppnådda resultat. Utbetalande myndighet kan vara Kammarkollegiet eller Försäkringskassan.

⁸⁸ Se betänkandet SOU 1994:136 *Statliga myndigheter avtal*, s. 181 f. och s. 245 f., vilket emellertid inte lett till någon lagstiftning. Promemoria den 6 dec. 1993 av f.d. justitierådet Bengt Hult och professor i civilrätt Jan Kleineman m.fl. Se även Ds 2012:35 *Behöriga företrädare för myndigheter*.

⁸⁹ Statskontoret 2011:22 *Tänk efter före – Om viss styrning av kommuner och landsting*.

3.2 Kommuner och landsting är inga avtalsparter

Överenskommelserna är alltså inte juridiskt bindande dokument i traditionell bemärkelse. Och om de skulle vara det så är kommuner och landsting ändå inte bundna av överenskommelsen eftersom de inte är avtalsparter. SKL har nämligen inte några formella möjligheter att sluta juridiskt bindande avtal med regeringen å enskilda kommuners och landstings vägnar.⁹⁰ Överenskommelserna ger kommuner och landsting nya arbetsuppgifter och statsbidrag men träffas inte direkt med kommuner och landsting utan med SKL. Kommunernas och landstingens avtalsmässiga koppling till överenskommelserna försvagas därmed eftersom det är SKL som ingår själva överenskommelsen. Oenigheter om tolkningen av överenskommelsen och dess villkor är inte något som enskilda landsting kan ta upp direkt med regeringen. Regeringen är avtalspart gentemot SKL men kommunerna och landstingen är inte avtalsparter.

3.3 Det är svårt för landstingen att inte vara med

3.3.1 *Överenskommelserna är "frivilliga erbjudanden" till landstingen*

Landsting och kommuner är alltså inte skyldiga att delta i någon överenskommelse mellan staten och SKL. Överenskommelserna är tvärtom ofta formulerade som "frivilliga erbjudanden" till kommuner och landsting. Men om landstingen skulle välja att inte delta i det arbete som beskrivs i överenskommelsen går de miste om pengar. Om de medverkar, men inte presterar i enlighet med målen i överenskommelsen, får de inte heller några pengar.

Frivilligheten i detta val tycks dock i praktiken vara en chimär. Under granskningen har Riksrevisionen inte stött på något landsting som valt att stå utanför någon överenskommelse. Bilden från intervjuerna är samstämmig. I intervjuerna beskrivs frågan om att välja att inte vara med i överenskommelserna genomgående som en "ickefråga". Det vanliga verkar vara att överenskommelserna landar i tjänstemannaorganisationen som tar fram ett underlag till politikerna om hur överenskommelsen ska tas om hand.

3.3.2 *Olika anledningar till att landstingen alltid deltar*

Det finns några olika förklaringar till att landstingen alltid deltar i överenskommelserna som återkommit i alla landsting vi besökt. Den förklaring som enligt intervjupersonerna väger tyngst är att överenskommelserna i princip alltid innehåller pengar, och att pengarna, även om det inte är stora summor i förhållande till landstingens egna budgetar, blir styrande.

⁹⁰ Statskontoret 2011:22 *Tänk efter före – om viss styrning av kommuner och landsting* s.51 f.

Detta bekräftas också av Vårdanalys rapport om prestationsersättning. De tjänstemän vi intervjuat beskriver scenariot att stå utanför överenskommelsen som att ”tacka nej till pengar”, något som skulle vara svårt för politikerna i landstinget att förklara och försvara. Den här bilden bekräftas av företrädare för SKL som beskriver överenskommelserna som ”an offer you can’t refuse”.⁹¹ Det går helt enkelt inte att tacka nej till att delta i överenskommelserna. Överenskommelserna skapar också ett medialt tryck på frågan. Eftersom de anses handla om relevanta frågor så skulle det kunna uppfattas som att landstinget gjort bedömningen att de inte behöver prioritera den frågan. Som en företrädare för ett landsting uttryckte det:

*Den krassa verkligheten är ju att pengar styr väldigt mycket. Och att kunna föra en argumentation i hamn som säger att vi ska inte jobba på det här sättet, för vi är så bra på patientsäkerhet, och dessutom 10 miljoner hit eller dit. Alltså det går ju inte. På det sättet är man ju ganska snärjd. Så då kanske inte handlingsfriheten är så stor, även om det är en frivillig överenskommelse.*⁹²

En annan faktor som gör det svårt för landstingen att välja att stå utanför överenskommelsen är att SKL är en av de förhandlande parterna. En del intervjupersoner menar att överenskommelsen på så sätt redan är förankrad i landstingen. Att stå utanför överenskommelsen skulle vara som att landstingen sa nej till sig själva. Ett exempel på att denna faktor också är viktig är det faktum att landstingen deltar även i överenskommelser som innehåller lite pengar eller att pengarna inte går direkt till landstingens verksamhet utan till exempel till gemensamma projekt på nationell nivå.

3.3.3 ”Frivillig” medverkan gör att finansieringsprincipen inte gäller

Eftersom överenskommelserna är frivilliga har de inte gett kommuner och landsting några nya skyldigheter eller befogenheter. Detta skulle kräva föreskrifter i lag.⁹³ I stället kan man snarare betrakta överenskommelserna som ”politiska viljeförklaringar”, där staten och kommuner eller landsting ger uttryck för en gemensam strävan. Eftersom det i formell mening är frivilligt för landstingen att medverka i överenskommelser gäller inte finansieringsprincipen. Detta bekräftas av Finansdepartementets kommunenhet som enligt uppgift endast inkluderar uppgifter som är formellt obligatoriska för landsting och/eller kommuner i tillämpningen av finansieringsprincipen.⁹⁴

⁹¹ Intervju med företrädare för SKL 2014-05-23.

⁹² Intervju med företrädare för ett landsting april 2014.

⁹³ Det förekommer att förordningar innehåller skrivningar som innebär att en myndighet får ingå en överenskommelse med kommunen, t.ex. förordningen (2007:1364) om Arbetsförmedlingens samarbete med kommunen om arbetsmarknadspolitiska program.

⁹⁴ Intervju med tjänstemän på Finansdepartementets kommunenhet samt budgetavdelning. Intervjuerna ägde rum i maj 2014.

3.3.4 Olika tolkningar av överenskommelsen kan uppstå

Bland de tjänstemän som Riksrevisionen haft kontakt med i landstingen är bilden något splittrad när det gäller vilken juridisk status överenskommelsebeslutet har. Dock menar i princip alla att regeringen åtminstone är förbunden att betala ut ersättningen i enlighet med överenskommelsen. Särskilt i de fall där ersättningen är prestationsbaserad. Överenskommelserna bygger på att det finns ett förtroende för att detta fungerar. Vi har noterat att det uppstått oklarheter kring ett par utbetalningar av prestationsersättning och att bedömningarna av huruvida kommuner och landsting uppfyller kraven ger utrymme för tolkningsmöjligheter.

Olika tolkningar av prestationsersättningens fördelning

Oklarheter kring utbetalningar av prestationsersättning har uppstått inom ramen för överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin. Alla kommuner och landsting uppnådde inte målen i rehabiliteringsgarantin 2012 och 2013. Enligt överenskommelsen skulle det resterande beloppet betalas ut till överpresterande landsting/regioner. I överenskommelserna för 2012 och 2013 står följande:

Medel som ej förbrukats vid årets slut p.g.a. att det finns landsting som genomfört färre behandlingar än den ekonomiska ramen för rehabiliteringsgarantin medger, ska fördelas till de landsting som genomfört fler rehabiliterings- eller behandlingsinsatser än vad de får ersättning för utifrån sin befolkningsandel. Ersättning kommer att betalas ut i proportion till respektive landstings andel av det som produceras utöver det samlade värdet för landstingens befolkningsandel.⁹⁵

Trots ovanstående skrivning betalade regeringen inte ut hela ersättningen 2012 och 2013. Region Skåne var inte nöjd med hur regeringen hanterade ersättningen och ansåg att de hade gått miste om 150 miljoner kronor. Enligt Region Skåne menade de jurister som regionen konsulterade att överenskommelsen avtalsmässigt gav stöd för regionens tolkning. Däremot avråddes regionen från att stämna staten.⁹⁶ SKL inkom med en skrivelse till regeringen där de betonade att parterna, det vill säga regeringen och SKL, behöver förtydliga skrivningarna i kommande överenskommelser.⁹⁷ Men SKL drev inte ärendet åt Region Skåne. I regeringens svar till regionen framgår att regeringen inte tänker vidta någon åtgärd med anledning av skrivelsen eftersom regionen inte är en formell avtalspart i överenskommelsen. Riksrevisionen har

⁹⁵ Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti 2012 och Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti 2013.

⁹⁶ Uppgifter från regiondirektören i Region Skåne 2014-05-28

⁹⁷ Region Skåne ifrågasatte fördelningen av medel inom rehabiliteringsgarantin 2012; se regeringsärende 2013-05-31, Dnr 13/3398 hos Socialdepartementet.

noterat att regeringen och SKL i 2014 års överenskommelse lagt till en mening om att det finns en maxgräns för ersättningen till enskilda landsting.⁹⁸

Olika bedömningar av resultat

I granskningen har det framkommit att det uppstått problem när Socialstyrelsen granskat kommuner och landstings insatser i vissa överenskommelser.

På en mer övergripande nivå anser Socialstyrelsen att flera av målen i överenskommelsen om psykisk ohälsa för 2012 var för lågt satta och enligt Socialstyrelsens bedömning skulle de ”troligtvis inte ha någon effekt för patienterna”. Socialstyrelsen upplever inte att myndigheten blivit tillfrågad om det var troligt att överenskommelsen skulle leda till bättre vård för patienterna.⁹⁹

När överenskommelsen beslutades var bedömningskriterierna inte definierade. Socialstyrelsen anser att det fanns olika förväntningar på deras bedömningar av de utförda prestationerna. Socialstyrelsen hade ambitionen att granska kommuner och landsting och därför göra ”hårda” bedömningar. Socialstyrelsen uppfattar däremot att Socialdepartementet och SKL hade förväntat sig ”mjukare” bedömningar. Socialstyrelsens bedömningar ledde till att ett landsting inte fick några pengar, eftersom man inte klarade grundkraven, och efterspelet till detta blev långt och med många inblandade aktörer. Vårdanalys har i en uppföljning beskrivit samma bild, att SKL och departementet hade en annan uppfattning om nivån på kraven än Socialstyrelsen. Vårdanalys kritiserar i uppföljningen de lågt satta bedömningskriterierna och menar att problemen inte hade uppstått om Socialstyrelsen hade blivit involverade i arbetet med bedömningskriterier redan från början.¹⁰⁰

När 2013 års överenskommelse togs fram gjorde man bedömningskriterierna tydligare. Socialstyrelsen kom då med i arbetet tidigare. Socialstyrelsen anser att kraven som ställs i 2013 års överenskommelse är lägre än de som ställdes i 2012 års överenskommelse, på grund av Socialstyrelsens ”hårda” bedömningar.

Även om bedömningskriterierna har tydliggjorts har Socialstyrelsen haft svårigheter att bedöma kommuner och landstings prestationer. Tjänstemän på myndigheten upplever nämligen att det är svårt att på förhand veta hur bedömningarna ska göras och vilket material de ska kräva från landstingen. Enligt företrädare för Socialstyrelsen hör landsting och kommuner av sig till myndigheten och vill veta vad de ska göra för att få ta del av pengarna, snarare än vad de kan göra för att lösa problemen inom till exempel psykiatri. Företrädare för Socialstyrelsen anser att regeringens fokus hittills har varit

⁹⁸ Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting om rehabiliteringsgaranti 2014.

⁹⁹ Intervju med företrädare för Socialstyrelsen 2014-05-27.

¹⁰⁰ Vårdanalys 2013:7. Utvärdering av handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa. Lägesrapport 2013.

att ”få ut pengarna” snarare än att göra en rättmätig bedömning av huruvida landstingen klarar målen i överenskommelsen eller inte.¹⁰¹

3.4 Sammanfattande iakttagelser

Formellt sett är det frivilligt för landstingen att utföra de insatser som formuleras i besluten om överenskommelser mellan regeringen och SKL. Trots det gör samtliga landsting i princip alltid det som står i överenskommelsebeslutet. En förklaring till den här följsamheten är att det är landstingens egen organisation, SKL, som sluter överenskommelserna med regeringen. Att inte delta i en överenskommelse vore därför att gå emot sin egen organisation. Den viktigaste orsaken är att överenskommelserna innehåller pengar, och pengarna är väldigt styrande för hur landstingen agerar.

Eftersom de insatser som landstingens deltagande i överenskommelserna kräver inte är obligatoriska gäller inte finansieringsprincipen. Det innebär att landsting och kommuner, inom ramen för överenskommelser, utför insatser som de inte vet om de kommer att få ersättning för.

Riksrevisionen har inte funnit något som talar för att överenskommelserna är juridiskt bindande. Det finns heller inga formella sanktioner som utlöses om avtalen skulle brytas. Vid några tillfällen har det uppstått meningsmotsättningar mellan olika aktörer när det gäller hur överenskommelsebeslutet ska tolkas.

¹⁰¹ Intervju med företrädare för Socialstyrelsen 2014-05-27.

4 När överenskommelser landar i landstingen

Regeringen har, som sagt, ett övergripande ansvar för sjukvården medan kommuner och landsting är ansvariga för att bedriva vården. Men för att kommuner och landsting ska kunna bedriva en god hälso- och sjukvård behöver de förutsättningar för att planera långsiktigt. Regeringen har uttryckt att kommuner och landsting bör ges stabila planeringsförutsättningar och en rimlig planeringshorisont. På så sätt underlättas nödvändiga förändringar samtidigt som man kan undvika förhastade eller kortsiktiga lösningar.¹⁰² Statsbidrag bör därför enligt regeringen i princip ges i form av generella bidrag eftersom riktade statsbidrag till vissa verksamheter kan leda att resurser inte används effektivt i kommuner och landsting. I vissa fall kan det dock, enligt regeringen, vara motiverat att använda specialdestinerade bidrag under en begränsad tid.

För att påverka landstingen i riktning mot de nationella ambitionerna, ingår regeringen överenskommelser med SKL om insatser som ska utföras av landsting och kommuner. Intentionerna är goda och det finns inga regler som formellt sett hindrar en sådan styrning. Det finns heller inget formellt fel i att regeringen utnyttjar sina möjligheter att kräva en motprestation för att dela ut statsbidrag. Men vad händer egentligen när besluten om överenskommelser landar i landstingen? Vilka konsekvenser får den här styrningen för landstingens långsiktiga planering av hälso- och sjukvården?

Det här kapitlet beskriver hur överenskommelser tas emot i landstingen och hur den här styrningen påverkar deras verksamhet. Först mer generellt, och sedan beskrivs särskilda svårigheter som uppstår i mottagandet av överenskommelser med prestationsbaserad ersättning. Därefter beskriver vi hur överenskommelserna är riggade för att så småningom avslutas. Kapitlet avslutas med en kort sammanfattning.

¹⁰² Finansutskottet har också uttryckt att stabila förutsättningar och en rimlig planeringshorisont är avgörande för att de kommunala verksamheterna ska kunna utvecklas på ett effektivt och framtidsinriktat sätt. (Finansutskottets betänkande 2004/05:FiU8 *God ekonomisk hushållning i kommuner och landsting (prop. 2003/04:105)*, sid. 23).

4.1 Hur påverkas landstingen av överenskommelser?

4.1.1 *Positivt med fokus på samma frågor i hela landet*

Överenskommelserna skapar fokus på samma problem i samtliga landsting. De frågor som lyfts i överenskommelserna får stort fokus på landstingsledningarnas dagordningar och alla landsting deltar i samtliga överenskommelser. Varje beslut om en överenskommelse skapar dessutom en mängd aktiviteter i landstingens centrala administration, och i vården, vilket gör att överenskommelserna upplevs skapa en slags nationell rörelse. Det kan handla om att samtliga landsting börjar mäta väntetider eller antibiotikaförskrivning eller att landstingen sätter igång ett nationellt utvecklingsarbete. Till exempel anställs projektledare, processledare och behandlingsteam för att utföra vissa insatser. Bilden vi har fått i våra intervjuer är tydlig. Överenskommelser får saker att hända som inte skulle ha hänt annars. Det gäller både överenskommelser med och utan prestationsersättning, oavsett om de innehåller mycket eller lite pengar. De överenskommelser som innehåller prestationsersättning tycks dock få lite större genomslag i landstingen eftersom de omfattar mer pengar och kan ge landstingen en ersättning om det presterar väl. Företrädare för landstingen upplever också att de områden som överenskommelserna handlar om är mycket relevanta. Landstingsföreträdare beskriver vidare att det är positivt att pengarna i dagens överenskommelser på ett tydligare sätt är avsedda för vården än tidigare riktade statsbidrag. Dessa använde landstingen ofta där det behövdes i resultaträkningen, för att få en budget i balans.

4.1.2 *Överenskommelserna dominerar och tränger undan*

Överenskommelserna dominerar i landstingen

Flera landstingsföreträdare beskriver att överenskommelserna dominerar i landstingens egna måldokument. Överenskommelserna gör att alla landsting arbetar på samma sätt med samma frågor, vilket landstingen upplever som positivt. Samtidigt dominerar överenskommelserna i landstingen vilket upplevs som negativt eftersom det tar fokus från de lokala utvecklingsbehoven. Flera landsting beskriver hanteringen av överenskommelser som att "alla springer på alla bollar". Det intervjupersonerna syftar på är framför allt den centrala administrationen i landstingen. En landstingsdirektör uttryckte oro för att överenskommelserna skapar "pseudostaber som går på statliga styr signaler". Citatet syftar på att små, nästan autonoma, grupper som finansieras via överenskommelser byggs upp. Dessa personer blir experter på sin fråga och har nära kontakt med respektive samordnare på SKL. Kontakterna med SKL riskerar att bli viktigare än kontakterna med det egna landstinget. Den statliga styrningen blir på det här sättet väldigt dominerande i landstingens verksamhet.

De förklaringar till varför överenskommelserna dominerar i landstingen som framkommit i våra intervjuer är att överenskommelserna i sig är väldigt detaljerade, men också mängden överenskommelser som pågår samtidigt. Den här situationen förstärks av att landstingen upplever att överenskommelserna inte är samordnade när de kommer till landstingen. Bland annat finns det delar i olika överenskommelser som har beröringspunkter men dessa delar är inte samordnade mellan överenskommelserna. Statskontoret har till exempel lyft fram att äldre personer med psykisk ohälsa på olika sätt berörs av överenskommelserna om Stöd till en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten, Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre, Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa, Förbättrad patientsäkerhet och Insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso-och sjukvård.¹⁰³ Det finns inte heller någon viktning mellan överenskommelserna. När överenskommelserna landar i landstingen uppfattas allting således som lika viktigt.

Den uppfattning om överenskommelserna som kommit fram i intervjuer med företrädare från Regeringskansliet är positiv, men landstingen är mer kritiska. Många upplever att det är för många olika spår som pågår samtidigt. Överenskommelserna har beskrivits som en hagelskur av statliga styrsignaler. I ett annat fall har samma problematik i den statliga styrningen beskrivits, om än i något mer positiva ordalag, som en för stor blombukett som blir svår att hålla samman.

Undanträngning av egna initiativ

Som vi nämnde i kapitel 2 har överenskommelserna ibland lett till undanträngning av vissa patientgrupper i vården. I intervjuer med företrädare för landstingen beskrivs en annan typ av undanträngning. Vad intervjuerna visar är att överenskommelserna riskerar att ta över och tränga undan annat arbete som landstingen utför. Företrädare för landsting beskriver att man inte hinner utveckla sina egna lösningar eftersom det är så många andra styrsignaler från överenskommelserna. Vissa landsting uppger att man är beroende av överenskommelsepengarna och att det leder till att fokus är annorlunda än det borde vara. I stället för att fokusera på vad det egna landstinget behöver lägger man all energi på att "klara" överenskommelserna. Det finns lite tid för arbete med något utöver överenskommelserna. Överenskommelserna kan konkurrera med, och till och med motverka, interna mål och det finns lite tid för eftertänksamhet.

Enligt företrädare för landsting kan detta leda till att landsting avstår från att formulera egna regionala indikatorer, för att det skulle bli för många mål totalt sett. Vi har också sett exempel på landsting som sänkt sina egna

¹⁰³ Statskontoret 2014:18 *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten*. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Slutrapport.

ambitioner för att anpassa sig till överenskommelsen. I ett landsting hade man innan överenskommelsen om en kömiljard beslutades ett mål om en bättre tillgänglighet som var högre ställt än vad överenskommelsen krävde. När *Kömiljarden* implementerades upplevde landstinget att det var svårt att styra mot två tillgänglighetsmål samtidigt. Enligt företrädare för landstinget ledde det till att det egna, högre satta tillgänglighetsmålet, ersattes av det statliga målet. Andra intervjuer bekräftar bilden av att överenskommelserna ofta leder till mycket starkt fokus på måluppfyllelse. Trots att indikatorerna och metoderna i överenskommelserna ofta upplevs som relevanta kan det bli fel när landstingen får ersättning för dem. Fokus blir på att nå upp till målet, utan någon diskussion i landstingen om huruvida målet är rätt satt.

När det gäller överenskommelser med prestationsersättning har det framkommit exempel på att överenskommelser till och med kan få landstingen att göra saker som de inte själva tycker är bra. En företrädare för ett landsting tar i intervjun upp att *Patientsäkerhetsöverenskommelsen* har medfört att man nationellt bestämt vad patientsäkerhet är inom all slutenvård, utan hänsyn till att patientsäkerhet kan vara olika saker inom olika områden. Företrädaren anser att inom psykiatrin vore det bättre att mäta suicidförsök än trycksår eftersom trycksår i princip inte förekommer. I det aktuella landstinget slipper än så länge de som arbetar i psykiatrin att mäta trycksår eftersom andra vårdenheter gör att landstinget klarar av patientsäkerhetsöverenskommelsen. Att behöva mäta något som är meningslöst för patienterna skulle vara svårt att förankra hos medarbetarna. Intervjupersonen beskriver dock att om andra vårdverksamheter skulle prestera sämre i överenskommelsen finns det risk att man måste börja mäta trycksår också inom psykiatrin, trots att det inte upplevs leda till bättre patientsäkerhet för patienter inom psykiatrin.

4.1.3 *Glapp mellan syfte och mått*

Kopplingen mellan det som ska göras och avsedda effekter ifrågasätts ofta av tjänstemän på landstingen. En del indikatorer och mått upplevs ha en svag koppling till syftet med överenskommelsen. Enligt både Socialstyrelsen och företrädare för flera landsting är indikatorerna inte evidensbaserade. I flera intervjuer med företrädare för landsting framkommer en stor tveksamhet kring valet av indikatorer. Landstingen uppfattar det som att överenskommelserna mäter det som går att mäta och att man "letar i gatlyktans sken", vilket illustreras i följande citat av en företrädare för ett landsting:

Det blir väldigt styrande när överenskommelserna bestämmer metod och måttetal för sjukvården /.../ Om överenskommelserna ska gå in på metoder och uppföljningstal behöver man en högre kompetens inom området hos de som tar fram indikatorerna, för att ta fram det som är evidensbaserat. Ett exempel på när den kompetensen inte verkar finnas är att man mäter mycket ledtider eftersom man tror att det är ett lätt

*sätt att mäta effekter. Blir det bättre sjukvård för att man mäter 12 punkter i en process?*¹⁰⁴

Samma typ av kritik har framförts vid andra intervjuer. Att ett landsting är bra på att uppfylla målen i överenskommelsen behöver inte innebära att landstinget har en bra patientsäkerhet, psykiatri, äldreomsorg etcetera. Den här bilden bekräftas i Vårdanalys rapport om prestationsersättning.¹⁰⁵ Liknande kritik återfinns i flera studier om styrningen av offentlig förvaltning. Bland andra Lena Lindgren, docent i offentlig förvaltning vid Göteborgs universitet, har pekat på att kvalitets- och resultatmätt kamouflerar komplexiteten i offentliga verksamheter och att det som mäts riskerar att bli det enda som blir gjort.¹⁰⁶

4.1.4 *Överenskommelserna är inte tillfälliga men ändå kortsiktiga*

Sjukskrivningsmiljarden, Rehabiliteringsgarantin och Kömiljarden är exempel på överenskommelser som har pågått länge och som tycks ha antagit en nästintill permanent karaktär. En del av de landsting Riksrevisionen intervjuat beskriver att de överenskommelser som återkommer år efter år har en viss kärna som man känner till på förhand. Kömiljarden beskrivs till och med av vissa landsting som institutionaliserad på så sätt att överenskommelsen har haft samma upplägg i bemärkelsen fokusområde, ersättningsmodell och summa sedan 2009. Dessutom beskriver landstingen att de brukar få förhandsinformation om eventuella förändringar genom SKL:s nätverk, något som kan hjälpa till att undvika överraskningar. Överenskommelserna är således inte helt tillfälliga satsningar som alltid kommer som nyheter för landstingen. Det är också ovanligt att överenskommelser avslutas och många gånger har tidigare överenskommelser övergått i nya överenskommelser. Under de senaste åren har endast en överenskommelse avslutats.¹⁰⁷ Det här ger en bild av att överenskommelserna styrs med en viss och kanske till och med ökad kontinuitet, vilket väcker frågan om de verkligen är kortsiktiga satsningar. Men trots att en överenskommelse pågår i många år så kan de förändringar som görs vid den årliga omförhandlingen, även om de är mycket små, påverka landstingens verksamhet mycket.¹⁰⁸ Riksrevisionen har funnit tre exempel på överenskommelser med fleråriga beslut vilket innebär att de inte omförhandlas årligen.

¹⁰⁴ Intervju med en företrädare för ett landsting oktober 2013.

¹⁰⁵ Vårdanalys 2013:18 *Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning*.

¹⁰⁶ Lindgren 2006 *Utvärderingsmonstret – Kvalitets- och resultatmätning i den offentliga sektorn*.

¹⁰⁷ Överenskommelsen om folkhälsa har ersatts av förordning (2013:666) om statsbidrag till landsting och vissa kommuner för insatser mot hivinfektion. Skälet till att överenskommelsen övergick i en förordning är att regeringen ville göra bidragshandlingen mer förutsägbar och lättadministrerad (prop. 2013/14:1 *Budgetpropositionen för 2014*, utg. 9, s. 107).

¹⁰⁸ Intervju med företrädare för landsting oktober 2013.

4.1.5 *Överenskommelserna kommer efter att landstingen lagt sin budget*

Även om användandet av överenskommelser blivit allt vanligare verkar de årliga omförhandlingarna fortfarande inte vara anpassade efter landstingens planeringsprocess, något som också togs upp av den statliga Vård- och omsorgsutredningen¹⁰⁹. Många landsting och regioner fattar beslut om planer och budget i juni. Överenskommelserna beslutas i regel i december. Då är det ofta ett halvår sedan landstingen lagt sin budget. Efter att överenskommelsen är beslutad ska den förankras i landstinget och kommuniceras ut i verksamheten. Ibland ska resultatet av arbetet redovisas i oktober. Det gör att tiden för implementering många gånger blir väldigt kort, vilket speglas i citatet från en företrädare för ett landsting:

Idag fungerar det så med Patientsäkerhetsöverenskommelsen att indikatorerna blir klara i december. Då är budgeten lagd och verksamhetsplaneringen gjord. De lokala målen är redan satta, samtidigt som man förbinder sig att också klara överenskommelserna.¹¹⁰

Det har dessutom förekommit att bedömningskriterierna, det vill säga kraven på vad landstingen mer specifikt behöver göra för att få del av ersättningen, inte är klara förrän i april. Samtliga landsting som Riksrevisionen intervjuat har lyft fram att förutsättningarna för att planera arbetet inom ramen för överenskommelserna är dåliga. Landstingen upplever att tiden för implementering är knapp och att det blir svårt, eller omöjligt, att synkronisera överenskommelsen med den egna verksamhetsplaneringen. Det här problemet har också lyfts fram av en arbetsgrupp i budgetnätverket inom landstingen/regionerna som framhållit att förutsättningarna måste vara klara mycket tidigare än i nuläget för att landsting/regioner ska kunna hantera statsbidragen på ett bra sätt.¹¹¹

4.2 **Prestationsersättning skapar särskilda svårigheter**

4.2.1 *Vanligt att landstingen budgeterar för prestationsersättningen*

Som vi nämnde tidigare innebär överenskommelser med prestationsersättning att landstingen utför insatser som de inte vet om de kommer att få ersättning för. Hur hanterar landstingen den här ovissheten? Riksrevisionen har ställt frågor till samtliga landsting och regioner om hur de hanterar prestationsersättning i överenskommelser.¹¹² Över hälften har svarat. Resultatet visar att landstingens hantering av den här situationen ofta varierar mellan olika överenskommelser.

¹⁰⁹ SOU 2012:33 *Gör det enklare!* s.167.

¹¹⁰ Intervju med företrädare för landsting oktober 2013.

¹¹¹ Uppgifter från en ekonomidirektör i ett landsting september 2014.

¹¹² Svar har inkommit från 13 av 21 landsting. Svar från några ytterligare landsting har framkommit via intervjuer.

Det är vanligt att landstingen och regionerna utifrån överenskommelserna försöker uppskatta hur mycket pengar de kommer att få och budgeterar för detta. Det medför dock att landstingen tar en egen ekonomisk risk. Flera landsting beskriver att den här risken tas centralt inom landstingen, genom att landstinget lämnar förskott på en möjlig prestationsersättning i budget för innevarande år. Detta innebär att lägre eller utebliven prestationsersättning blir ett underskott för landstinget. Därför tillämpar landstingen ofta en försiktighetsprincip i budgeteringen. Det kan handla om att man utgår från realistiska antaganden till exempel från föregående års utfall eller att man baserar beräkningen på att samtliga landsting klarar kraven och att det egna landstinget får prestationsersättning baserad på sin befolkningsstorlek.

4.2.2 *Pengarna är inte öronmärkta för vården*

Prestationsersättningen är medvetet konstruerad så att det inte finns några restriktioner för vad den utbetalade ersättningen ska användas till, det vill säga att medlen inte är "öronmärkta" till arbete med området. Kommuner och landsting ges i stället möjlighet att själva bestämma hur de vill använda de erhållna medlen. Överenskommelserna ska stimulera landstingen att utföra specifika insatser. Att i överenskommelserna dessutom reglera hur en eventuell ersättning ska användas vore enligt uppgift från Regeringskansliet att inkräkta på det kommunala självstyret.¹¹³

Eftersom regeringen inte har reglerat hur landstingen ska använda prestationsersättningen är det inte givet att dessa statsbidrag kommer att tillfalla de verksamheter som överenskommelsen berör. Det vill säga om pengarna som erhålls från till exempel Patientsäkerhetsöverenskommelsen kommer att gå till patientsäkerhetsarbete och pengarna från överenskommelsen om de mest sjuka äldre kommer att tilldelas äldreomsorgen. Riksrevisionen har därför ställt frågan till landstingen om den eventuella ersättningen som erhålls från överenskommelserna delas ut till det specifika vårdområde som överenskommelsen berör. De flesta landsting uppger att ersättningen i princip delas ut till det specifika vårdområdet. Det kan vara som resultatförstärkare, för att finansiera punktinsatser eller direkta kostnader. Om landstinget har budgeterat för prestationsersättningen har man på förhand lagt ut medel som landstinget egentligen inte har till det specifika vårdområdet. Då kan intäkterna, som kommer i efterhand, i stället gå in till landstinget centralt.¹¹⁴

Det är emellertid inte givet att all prestationsersättning som landstingen tar emot delas ut till vårdverksamheterna. En del landsting uppger att det varierar

¹¹³ Möte med tjänstemän på Socialdepartementet 2014-05-28.

¹¹⁴ Svar på Riksrevisionens frågor till samtliga landsting om deras hantering av prestationsersättning.

beroende på vilken överenskommelse det är. Ett landsting uppger att de endast delar ut ersättningen till verksamheterna när det gäller "multisjuka äldre". Ett annat landsting uppger att alla pengar inte delas ut till verksamheterna. Flera av de statliga uppföljningarna av överenskommelser beskriver att den ekonomiska ersättningen i vissa fall helt eller delvis har stannat på landstingsnivå och inte tilldelats vårdenheter som ersättning för t.ex. registrering i kvalitetsregister eller för utförda behandlingar. Karolinska Institutet, som följt upp rehabiliteringsgarantin, menar att det faktum att ersättningen stannar på landstingsnivå har lett till frustration och tveksamhet inför att fortsätta utföra rehabilitering inom rehabiliteringsgarantin. Ett hinder för att dela ut pengarna till vårdverksamheterna, har det visat sig, är att ersättningen betalas ut så sent att landstinget helt enkelt inte hinner.

4.2.3 Svårt för landstingen att hinna dela ut ersättningen till vården

En anledning till att pengarna i vissa fall stannar på landstingens centrala nivå är redovisningstekniska. Prestationsersättningen betalas ut sent samma år som den tjänats in och bör då förbrukas innevarande år. Det kan vara svårt för landstingen att hinna fördela ersättningen till vårdenheterna, som sedan i sin tur ska hinna förbruka pengarna innan årsskiftet. Riksrevisionen har noterat nya skrivningar i flera överenskommelser från och med 2013 som säger att landstingen får använda prestationsersättningen kommande år. I överenskommelsen om de mest sjuka äldre står:

Syftet med intjänade prestationsmedel under 2014 är att de ska användas till förbättringsarbete inom vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2015. Prestationsbaserade medel inom ramen för denna överenskommelse får således användas under 2015.

Enligt uppgift från departementet har detta varit ett sätt att lösa problemet att landstingen har haft svårt att hinna fördela ut pengarna i vårdenheterna. Departementets uppfattning var att incitamenten att delta i överenskommelserna skulle kunna förstöras om inte vårdverksamheterna kunde få del av pengarna.¹¹⁵

Enligt landstingen är det dock fortfarande svårt att hinna dela ut ersättningen till vården eftersom den kommer i december, vilket gör att pengarna riskerar att inte hinna förbrukas.¹¹⁶ En del landsting uppger att de nya skrivningarna om att ersättningen kan användas nästkommande år har underlättat för dem att föra över medel mellan olika år. Det verkar dock fortfarande vara oklart om detta är förenligt med redovisningslagstiftningen/god redovisningssed som i princip

¹¹⁵ Möte med företrädare för Socialdepartementet 2014-05-28.

¹¹⁶ Svar på Riksrevisionens frågor till samtliga landsting om deras hantering av prestationsersättning.

säger att statsbidrag som erhålls för utförda prestationer ska intäktsföras samma år som prestationerna utförts. Flera landsting uppger att regeringens ändrade skrivningar inte har löst problemet för dem. Ett par landsting har fått kritik från sin revision för att bokföringen av statsbidragen inte är i enlighet med god redovisningssed. Landstinget i Västmanland har till exempel tidigare tillåtit periodisering av prestationsbaserade statsbidrag förutsatt att det funnits projektplaner. Hanteringen är enligt uppgift från landstinget inte längre möjlig. Landstinget fick senast i bokslut 2013 kritik av revisionen för periodiseringen av statsbidraget för *Mest sjuka äldre* till 2014.¹¹⁷ Även Stockholms läns landsting har fått kritik från landstingsrevisorerna för avsteg från god redovisningssed när det gäller hur man bokfört ersättning från *Rehabiliteringsgarantin*. I årsredovisningen för 2013 är ersättning som landstinget fått från rehabiliteringsgarantin, och som inte förbrukats vid årsskiftet, bokförd som en skuld. Skuldbokföringen påverkar både landstingets resultat för 2013 och den ekonomiska ställningen. Revisorerna pekar på att rutinerna för bokföring av särskilda statsbidrag behöver ses över.¹¹⁸

4.2.4 Användningen av prestationsersättning i landstingen varierar

Att regeringen använder prestationsersättning gentemot landstingen behöver inte betyda att det är den som styr vården. Som vi nämnde ovan är pengarna inte öronmärkta för vården utan betalas ut till landstingen. Vilken fördelningsprincip landstingen använder gentemot sina vårdenheter är upp till varje landsting att bestämma. Det skulle rent teoretiskt kunna innebära att staten styr landstingen efter prestationer samtidigt som landstingen styr vårdenheterna efter en helt annan princip. På frågan om huruvida landstingen själva använder prestationsersättning gentemot vården uppger de flesta att de använder sig av någon form av prestationsersättning. De flesta uppger dock att det varierar mellan de olika vårdområdena. Ett landsting uppger att de inte har några egna prestationsersättningar till verksamheterna men att de ibland använder den statliga prestationsersättningen. Ett exempel på detta är att man prestationsersätter antalet genomförda registreringar i kvalitetsregister. I ett annat landsting har man prestationsersättningar som inte är kopplade till statens mål utan är anpassade efter de olika verksamheternas förutsättningar. Ytterligare ett landsting uppger att man i vissa fall fördelar ut prestationsersättning samlat till sjukhusen. Det är sedan

¹¹⁷ Revisionens bedömning: "Vår bedömning är därför att bokföring av detta statsbidrag inte är i enlighet med god redovisningssed. Vi är samtidigt medvetna om att erhållet statsbidrag kan användas för utvecklingsinsatser år 2014 enligt genomförandeplanen och att landstinget har ett dokument som visar hur medlen ska användas. Detta handlar dock om finansiering av framtida utvecklingsinsatser och är en informell förpliktelse och statsbidraget borde därför enligt vår åsikt ha intäktsförts och i stället skulle en öronmärkning av eget kapital inom ramen för årets resultat kunnat ske för finansiering av utvecklingsinsatserna. (*Granskning av årsredovisning 2013*, sid. 10)"

¹¹⁸ Landstingsrevisorerna Stockholms län landsting 2014, *Hälsa- och sjukvårdsnämnden, årsrapport 2013*, s. 29.

upp till sjukhusledningen att hantera hur ersättningen ska fördelas vidare. Ett landsting uppger att de inte använder någon prestationsersättning gentemot verksamheterna. Ett annat landsting uppger att de: "... aldrig kommit till det läget att vi vågat använda prestationsersättningsmöjligheten vad gäller Kömiljarden som incitament till verksamheten."¹¹⁹ Som vi beskrev tidigare i det här kapitlet styr överenskommelserna med prestationsersättning i första hand landstingens agerande. Hur vårdverksamheterna styrs kan också påverkas av detta. Vi har sett exempel där prestationsersättningen i vissa överenskommelser fått genomslag även i landstingens styrning av vårdverksamheterna. Den sammantagna bilden är dock att landstingens val av fördelningsprinciper ser olika ut för olika vårdområden och varierar mellan olika överenskommelser.

4.2.5 Svårt för landstingen att förutse vilken ersättning de kommer få

Det är svårt för landstingen att på förhand veta hur mycket ersättning man kan tänkas få från en överenskommelse, vilket gör det svårt att veta hur mycket man vågar satsa av egna resurser. Detta har kommit fram i våra intervjuer med de som arbetar med överenskommelserna i landstingen och i skriftliga svar från landstingen. En förklaring är att ersättningsnivåerna varierar mellan åren. Det kan handla om stora skillnader. Ibland får ett landsting mindre ersättning ett år och betydligt mer ersättning året efter, ibland är det tvärt om. Exempelvis fick Stockholms läns landsting drygt 86 miljoner kronor mer 2012 jämfört med 2011 när det gäller Kömiljarden. Ett annat exempel från Kömiljarden är landstinget i Norrbotten som fick nästan 28 miljoner kronor mindre 2013 jämfört med 2012.

Förutom att ersättningsnivåerna kan förändras kan också kraven som ställs för att landsting ska få ta del av prestationsersättning ändras. Intervjuer med tjänstemän på departementet, SKL och i landstingen pekar på att det är vanligt att överenskommelserna "skruvas åt" över tid. Det innebär att även om ett landsting nådde upp till kraven ett år finns ingen garanti för att man uppnår kraven året efter. Ett landsting som fått stor ersättning ett år, och där kraven höjts året efter, kan få mindre ersättning det året.

I en del överenskommelser finns skrivningar om att ett visst antal landsting måste klara ett krav för att utbetalning ska ske. Hur många landsting som klarar överenskommelsen påverkar hur mycket pengar det enskilda landstinget får. Ett mindre landsting som klarar prestationskraven när få andra landsting gör det kan få en stor prestationsersättning både i faktiska kronor och kronor i förhållande till befolkningen. Det kan leda till en väldigt stor ersättning som ibland upplevs som orimligt stor av andra landsting.

Flera av de landsting som Riksrevisionen träffat uppger att de har svårt att klara Kömiljardens krav under sommaren, men att de få landsting som gör det får

¹¹⁹ Svar på Riksrevisionens frågor om landstingens hantering av prestationsersättning.

väldigt mycket pengar. Som vi nämnt tidigare är det vanligt att landstingen budgeterar för prestationsersättningen och därmed tar en egen ekonomisk risk. Tillsammans med det faktum att det är svårt att förutse hur stor ersättning landstinget kan komma att få, blir det väldigt svårt, för att inte säga omöjligt, att budgetera rätt siffror. En företrädare för ett landsting uttrycker problemen med att på förhand inte veta hur mycket ersättning man kan få så här;

Man ska inte låta sig luras. Även om vi klarade oss förra året så har vi ingen aning hur de lyckas i Västra Götaland. Skulle vi då räkna med pengar som vi, givet vår relativa andel, inte var berättigade till och budgetera med det, det vore oärligt mot skattebetalarna.¹²⁰

Olika landsting har olika organisation och med det följer olika arbetssätt. Landstinget ovan anser sig inte ha möjlighet att satsa pengar på ett område utan att veta att man kommer få ta del av prestationsersättningen. Landstinget brukar då lägga sig på lägsta nivå, dvs. den minsta ersättningen som man kan tänkas få om samtliga landsting klarar prestationskraven. Andra landsting beskriver att de brukar försöka budgetera på liknande sätt, det vill säga enligt en slags försiktighetsprincip. Ett resultat av det förhållningssättet blev förra året att landstinget som det syftas på ovan i citatet fick tre gånger så mycket ersättning som man räknat med.¹²¹ Ett annat landsting beskriver att när kraven i Kömiljarden skärptes klarade landstinget inte av dem vilket blev ett bakslag eftersom man räknat med pengarna.¹²² Landstinget i exemplet är ett mindre landsting men det kan även finnas fördelar att vara mindre eftersom det kan vara lättare att förändra sin verksamhet om kraven ändras mellan åren. Det verkar alltså finnas både för- och nackdelar med att vara ett mindre landsting.

Det verkar också finnas både för- och nackdelar med att vara ett landsting som är större. En fördel är att man då kan ha råd att satsa pengar inom ett område även om man inte vet om man kommer få ta del av eventuell prestationsersättning från en överenskommelse. Ett stort landsting beskriver att man ett år tog en större risk då man ansåg att det skulle gagna vården. Vårdenheterna fick prestationsersättning om de registrerade patienterna i kvalitetsregistret SveDem. Landstinget upplevde att resultatet blev lyckat och har också försökt göra på liknande sätt inom andra områden;

Så vi blev "all-time-high". Om vi nu satsade 10 miljoner och fick tillbaka 23 miljoner.... Där låg vi på topp i landet. Men det var enkelt och det var tydligt, vi kunde sätta en peng på ett väldigt tydligt ändamål. Och så har vi försökt göra där det går.¹²³

¹²⁰ Intervju med företrädare för ett landsting april 2014.

¹²¹ Intervju med företrädare för ett landsting april 2014.

¹²² Intervju med företrädare för ett landsting april 2014.

¹²³ Intervju med företrädare för ett landsting maj 2014.

Det kan samtidigt vara svårt för ett stort landsting att förändra verksamheten om överenskommelsen medför sådana krav. Om landstinget har en beställar- utförarorganisation är kraven på utförarna redan avtalade när överenskommelserna kommer. Det går inte att ändra tusentals avtal för att ändringar skett i en överenskommelse. I dessa landsting finns därmed en inbyggd tröghet som kan tänkas försvåra implementeringen av överenskommelser.

4.2.6 *Prestationsersättning skapar ett tävlingsmoment*

Överenskommelserna med prestationsersättning skapar ett särskilt tryck på landstingen att delta. Riksrevisionen har inte funnit att något landsting har valt att stå utanför någon överenskommelse, oavsett om den innehållit prestationsersättning eller inte. Det är många gånger de potentiella pengarna som skapar trycket och bidrar till att det uppstår en konkurrenssituation mellan landstingen. Hur mycket prestationsersättning de olika landstingen får offentliggörs och med hjälp av dessa uppgifter jämför sig landstingen själva med varandra, med god hjälp från media. Landstingen är uppmärksamma på hur det går för de andra landstingen eftersom storleken på den egna ersättningen beror på hur andra landsting lyckas. Samtidigt uttrycker flera av de landstingsföreträdare som vi intervjuat ett missnöje med den konstruktionen och anser att det känns osympatiskt att önska att andra landsting ska misslyckas. En företrädare anser att prestationsersättning ibland skapar ”en ogynnsam konkurrens”. Företrädaren menar att strävan efter att få pengar kan bli viktigare än att exempelvis arbeta för ökad samverkan.¹²⁴ Jakten på prestationsersättning gör att landstingen lär sig systemens för- och nackdelar, som till exempel när det är som mest fördelaktigt att lyckas för att få ut mest ersättning.

4.2.7 *Överenskommelserna har belönat landsting som presterat väl*

Som vi beskrev i kapitel 2 har regeringen genom överenskommelserna velat skapa ekonomiska incitament för ett visst utvecklingsarbete i vården. En idé har varit att skapa ekonomiska incitament för att landstingen ska prestera det som efterfrågas i överenskommelserna. Detta har förverkligats i alla överenskommelser med prestationsersättning. De landsting som har presterat i enlighet med överenskommelsernas respektive krav har också fått ekonomisk ersättning för detta, medan de som inte har presterat lika bra har fått en mindre ersättning. När det gäller den sammanlagda summan som betalats ut till landstingen i form av prestationsersättning från överenskommelser som avser 2013 finns det därför ett spann i ersättningsnivån från strax över 887 miljoner (Stockholms läns landsting) till drygt 42 miljoner (Jämtlands läns landsting). Förutom Stockholm ligger de andra två storstadslänen, Västra Götalandsregionen och Region Skåne, i topp sett till ersättning i faktiska kronor.

¹²⁴ Intervju med företrädare för ett landsting april 2014.

Om man istället ser till utfallet i förhållande till länets invånare är det Region Gotland som får mest ersättning, totalt 1 600 kronor per invånare. Det landsting som fick minst ersättning per invånare är Dalarnas läns landsting som fick 257 kronor per invånare.

4.2.8 *Få tecken på att "golvet lyfter"*

Bakom idén om att skapa ekonomiska incitament för landstingen att prestera i en viss riktning ligger en tanke om att genom att belöna de duktiga så kommer "golvet att lyfta". Det vill säga att de landsting som presterar mindre bra på sikt kommer att spurras till förbättrade prestationer. Riksrevisionen har gått igenom utbetalningar inom ramen för de överenskommelser med prestationsersättning som pågått längst: Sjukskrivningsmiljarden (2007), Rehabiliteringsgarantin (2008) och Kömiljarden (2009) och har inte funnit några empiriska belägg för att så har blivit fallet. Hur väl landstinget lyckades i föregående års överenskommelse verkar tvärtom spela en viss roll för prestationen. De landsting som lyckats ett år verkar ha stor sannolikhet att lyckas nästa år medan de landsting som lyckats sämre tycks ha fortsatt svårt att lyckas nästa år.

När det gäller ersättning per invånare från Rehabiliteringsgarantin och Sjukskrivningsmiljarden tenderar de landsting som hamnat i botten att ligga kvar där flera år. I Rehabiliteringsgarantin är det sex landsting som flera år återfinns bland de landsting som fått minst ersättning. Ett liknande mönster finns när det gäller vilka landsting som har fått mest ersättning per invånare; sju landsting återkommer flera år. Samma mönster finns också i Sjukskrivningsmiljarden, även om det där är mindre tydligt eftersom det är något fler landsting som återkommande får lite respektive mycket ersättning per invånare.¹²⁵

Utbetalningarna från Kömiljarden uppvisar samma mönster. Inom ramen för den här överenskommelsen har det över tid blivit större skillnad mellan det landsting som får mest ersättning per invånare och det landsting som får minst ersättning per invånare. Ersättningen från Sjukskrivningsmiljarden och Rehabiliteringsgarantin har däremot inte haft den utvecklingen. För dessa överenskommelser har skillnaderna varierat mellan åren när det gäller hur mycket ett landsting får.¹²⁶

¹²⁵ Sjukskrivningsmiljarden har en delvis annan konstruktion än Kömiljarden och Rehabiliteringsgarantin eftersom det i den förstnämnda överenskommelsen är landstingens relativa förbättringar som mäts. Det innebär att varje landsting mäts för sig och om landstinget förbättrat sina prestationer från ett år till ett annat får landstinget ersättning. Trots att konstruktionen delvis är annorlunda finns det få tecken på att Sjukskrivningsmiljarden främjar likvärdigheten mer än de andra två överenskommelserna.

¹²⁶ Uppgifter om utbetalad ersättning inom ramen för Kömiljarden, Sjukskrivningsmiljarden och Rehabiliteringsgarantin från Försäkringskassan och SKL via mejl och hemsida. Uppgifter om befolkningsstorlek har hämtats från SCB.

En företrädare för ett landsting som har svårt att klara kraven i Kömiljarden beskriver att trots att landstinget har försökt förbättra sina prestationer så blir resultatet inte bättre och det har skapat en uppgivenhet. Landstinget upplever att det inte spelar någon roll vad de gör och har i princip kommit fram till att de får klara sig utan ersättning från Kömiljarden. Vårdanalys har tidigare pekat på risken för detta och menar att om kravnivåerna är för högt ställda finns en risk att kommuner och landsting inte ser det lönt att aktivera sig eftersom man bedömer att det är för svårt att nå upp till kraven.¹²⁷ Ett annat landsting, som inte heller lyckats bra i Kömiljarden beskriver det som en ond spiral:

*När vi inte når målen och får ta del av vår gemensamma kassa [skattemedel] t.ex. genom Kömiljarden, drabbar det faktiskt patienter och befolkning. Man får inte vård inom 60 dagar utan "bara" inom vårdgarantins gräns. Eftersom statsbidragen bättrar på landstingens ekonomi så får vårdgivaren [i vårt fall] sämre möjlighet till förbättringsstöd, köp av vård eller det man gör för att minska köerna. Vilket också drabbar patienterna. Det blir en ond spiral. Vi har ändå satsat över 50 miljoner kronor för att korta köerna men ändå inte lyckats uppnå överenskommelsens krav. Dessa medel får tas av andra angelägna områden.*¹²⁸

De landsting som har fått sämst utdelning av Kömiljarden verkar inte ha blivit sporrade av prestationsersättning, tvärtom verkar den ha skapat en känsla av uppgivenhet.

Även företrädare för landsting som fått god utdelning av överenskommelser har uttryckt tveksamhet kring idén att de sämre presterande ska spurras av de som presterar väl.¹²⁹ Det är tänkt att leda till att de sämre presterande förbättrar sig men det kan vara svårt eftersom olika landsting har olika förutsättningar att påverka sina prestationer. En förklaring som har lyfts fram i våra intervjuer är att tillgången på kompetens i sjukvården (bland annat tillgången på läkare) varierar mellan landstingen, vilket kan påverka landstingens möjlighet att prestera inom ramen för olika överenskommelser.¹³⁰

¹²⁷ Vårdanalys 2013:8 *Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning*.

¹²⁸ Svar på Riksrevisionens frågor om landstingens hantering av prestationsersättning.

¹²⁹ Intervju med företrädare för ett landsting april 2014.

¹³⁰ Intervju med företrädare för landsting april 2014.

4.3 Vad händer när överenskommelsen tar slut?

Om överenskommelserna ska fungera effektivt ska de förändringar som vidtas i landstingen på sikt leda till bestående förbättringar i vården. Tanken är att regeringen, genom överenskommelserna, tar initiativ till ett förbättringsarbete som huvudmännen sedan ska ta över.¹³¹ Som vi har beskrivit ovan så gör landstingen sitt yttersta för att uppfylla kraven i överenskommelserna. Det har dock framkommit i våra intervjuer att det inte är en självklarhet att det arbete som satts igång på grund av överenskommelsen lever kvar om en överenskommelse avslutas.

Många överenskommelser pågår i form av projektarbeten i landstingen. Om pengarna till projekten försvinner är det därför inte givet att arbetet fortsätter. Dels beror det på vad landstingspolitikerna vill satsa på. Det har kommit fram i våra intervjuer att de överenskommelser som hakar tag i något arbete som redan pågick i landstinget har större chans att leva vidare efter att överenskommelsen avslutats. En annan faktor som spelar roll är om landstinget själva ser ett värde i att mäta det som överenskommelsen tidigare mätte.

Ersättningen från överenskommelser är ofta en liten del av landstingens totala budget. Trots det skapar ovissheten runt eventuella avslut av överenskommelser oro i landstingen. En risk som framkommit i flera intervjuer med företrädare för olika landsting är att det arbete som satts igång genom överenskommelsen upphör när överenskommelsen avslutas. En annan risk som lyfts fram av ett landsting är att det kan uppstå svårigheter att reducera verksamheten i motsvarande omfattning, det vill säga en "risk" för att verksamheten blir permanent.¹³²

En arbetsgrupp i budgetnätverket inom landstingen/regionerna har konstaterat att det råder stor ovisshet om vilka prestationsbaserade statsbidrag som kommer att finnas kommande år. Överenskommelserna är i princip alltid tidsbegränsade, det vill säga det finns ett slutdatum. Om inga nya beslut fattas kommer vissa av de nuvarande överenskommelserna att avslutas 2014. Flera överenskommelser har dock antagit en permanent karaktär. Om och i så fall när dessa kommer att avslutas är oklart för landstingen. Om någon av dessa överenskommelser skulle avslutas från ett år till ett annat skulle det kunna ställa till problem hos landstingen eftersom de redan har planerat för överenskommelserna i sina budgetar för nästa år. Landstingen uppger att de behöver veta i god tid innan en överenskommelse ska avslutas.

¹³¹ Intervju med företrädare för Socialdepartementet 2013-12-20.

¹³² Svar på Riksrevisionens frågor till samtliga landsting om deras hantering av prestationsersättning.

Endast en av de totalt 13 överenskommelser som riktas mot samtliga landsting, *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten*, har en nedtrappningsplan, där det står beskrivet hur det statliga stödet ska fasas ut och hur finansieringen ska tas över av huvudmännen. Flera av landstingen uttrycker att det vore bra om avslutningen av överenskommelsen planerades. Samtidigt har landstingen vant sig vid att extra pengar kommer genom tillfälliga statsbidrag i olika former och därför finns förväntningar på nya satsningar när gamla avslutas.

Landstingen förefaller hantera eventuella avslut av överenskommelser på olika sätt. För vissa av landstingen, främst de större, verkar pengarna från överenskommelser vara välkomna extrapengar men inget som landstinget egentligen behöver för att klara den dagliga verksamheten. Större landsting kan också klara av att göra satsningar utan att veta om man kommer att få tillbaka några pengar.

Landstingen hanterar ersättningen från överenskommelser på olika sätt, ibland också inom ett och samma landsting. Vissa företrädare för landsting menar att om pengarna försvinner så försvinner också resultatet av satsningarna eftersom landstinget inte har råd att ta över hela finansieringen själva. Andra företrädare menar samtidigt att eftersom prestationsersättning via överenskommelser är så osäkra pengar så har landstinget valt att finansiera verksamheten med egna pengar och på så sätt undvika att bli beroende av överenskommelserna. En företrädare för ett landsting berättar att eftersom landstinget vet att överenskommelserna är tidsbegränsade så ser man dem som omställningsstöd. I den bästa av världar ställs också landstingets verksamhet om. Om det inte sker lever inte överenskommelsen kvar efter att den avslutats. Det finns en fara i att göra sig alltför beroende av pengarna eftersom de inte kommer att finnas för alltid. En företrädare för ett landsting uttrycker hur man ser på prestationsersättningen och långsiktigheten;

Det är inte långsiktigt strategiskt, utan det är det som jag brukar kalla "här och nu"-pengar. Vi kan inte använda pengarna långsiktigt. Ska man använda pengarna långsiktigt så permanentar man ju någon form av verksamhet och när de här pengarna försvinner har vi inte de resurserna kvar. Därför har jag varit väldigt noga med att det här är en linje fråga och det ska göras inom ramen för de resurser som vi har.¹³³

Flera landsting menar också att eftersom överenskommelserna har fått landstingen att ändra sig kommer man nog fortsätta i samma riktning även utan statliga pengar. Däremot kommer nog ambitionsnivån att sänkas. Hur ett landsting har lyckats i en överenskommelse kan också spela roll. En företrädare för ett landsting menar att eftersom det egna landstinget inte lyckats särskilt bra i Kömiljarden har de vant sig vid en liten ersättning och skulle landstinget

¹³³ Intervju med företrädare för ett landsting april 2014.

få ännu mindre pengar påverkar det därför inte verksamheten. För ett landsting som är vant vid mycket pengar från en överenskommelse skulle ett avslut däremot kunna påverka verksamheten mer.

4.4 Sammanfattande iakttagelser

Överenskommelserna leder till att landstingens handlingsutrymme minskar samtidigt som inslaget av statlig styrning av hälso- och sjukvården ökar. Landstingen är positiva till att man fokuserar på gemensamma problemområden men upplever att överenskommelserna blir för styrande för deras verksamhet. Det är mängden överenskommelser som pågår samtidigt, och detaljeringsgraden i flera av dem, gör att överenskommelserna dominerar i landstingen. Den här situationen förstärks av att landstingen upplever att överenskommelserna inte är samordnade när de kommer till landstingen. Överenskommelserna medför att landstingen fokuserar på att klara överenskommelserna, oavsett om dessa handlar om sådant som är viktigt för vården i landstinget just då.

Överenskommelserna är inte anpassade efter landstingens planering, vilket innebär att landstingen upplever att både överenskommelserna och bedömningskriterierna kommer sent. Trots att vissa överenskommelser antagit en nästan permanent karaktär kan landstingen inte veta om de kommer att vara kvar, vilket leder till planeringsproblem.

Överenskommelser som innehåller prestationsersättning skapar särskilda problem. Dessa överenskommelser verkar styra landstingen hårdare, och landstingen utför arbetsuppgifter utan att veta om de kommer att få del av ersättningen eller inte. Det har framkommit att det är svårt för landstingen att uppskatta hur stor ersättning de kommer att få från överenskommelserna. Prestationsersättningens konstruktion premierar de som är duktiga, men vi har inte kunnat finna några empiriska belägg för att de landsting som är mindre duktiga blir sporrade av ersättningsmodellen.

Trots att överenskommelsernas syften ofta innehåller skrivelser om långsiktighet är det ovanligt att överenskommelserna innehåller nedtrappningsplaner. I landstingen råder det osäkerhet kring vad som kommer att hända med de områden som överenskommelserna omfattar när pengarna tar slut.

5 Slutsatser och rekommendationer

Riksrevisionen har undersökt om styrmedlet överenskommelser är ett väl fungerande verktyg inom hälso- och sjukvården. Som framgått kan den frågan besvaras med både ja och nej. Ja – eftersom överenskommelserna uppenbarligen är ett praktiskt och flexibelt styrmedel som möjliggör för regeringen att sätta fokus på viktiga tillkortakommanden i vården i hela landet, och dessutom till en relativt låg kostnad för staten. Nej – eftersom det sätt som överenskommelser allt mer kommit att användas på i praktiken begränsar landstingens förutsättningar att långsiktigt styra vårdverksamheten på ett effektivt sätt.

Riksrevisionens genomgång av användningen av överenskommelser i vården visar att de går långt tillbaka i tiden men att de skiftade karaktär i början av 2000-talet. Regeringen gick då från att finansiera hela verksamheter i vården till att praktisera en mer detaljerad ekonomisk styrning med krav på specifika motprestationer från landstingen. Riksrevisionens samlade bedömning är att regeringen genom införandet av tydligare ekonomiska incitament och detaljerade krav gjort fenomenet överenskommelser till ett kraftfullt styrmedel. Man kan dock ifrågasätta om regeringen tillämpat detta styrmedel på ett ansvarsfullt sätt och utifrån en samlad helhetssyn.

Genom att studera utformningen av överenskommelser och hur de implementeras i landstingen har vi kommit fram till att det finns en rad problem med det sätt som överenskommelser används på. Det finns en risk för att de blir för styrande för landstingens verksamhet och att de därför tränger undan landstingens egen styrning av vården. Mängden samtidigt pågående överenskommelser och det stora antal krav som dessa medför innebär att mottagandet i landstingen blir komplicerat. Strävan att uppnå överenskommelserna tycks också kunna leda till alltför enkla och tillfälliga lösningar på komplexa problem i vården. Dessutom finns det en risk för att det arbete som drivits genom överenskommelserna inte förvaltas vidare när de avslutas, vilket inte är en effektiv användning av resurser. Prestationsersättningen innebär att landstingen, för att vara med, tvingas ta ekonomiska risker. Eftersom pengarna betalas ut sent på året hinner landstingen dessutom ofta inte dela ut dem till vårdverksamheterna. Granskningen visar också att det finns en risk för att överenskommelser med prestationsersättning motverkar målet om en likvärdig vård i hela landet, eftersom inget tyder på att lågpresterande landsting över tid blir sporrade till att förbättra sig. Det sätt som överenskommelserna kommit att användas

på medför dessutom ökad administration för samtliga parter. Eftersom överenskommelser sällan avslutas och kraven i de befintliga blir allt fler är det här fråga om ett administrativt system som växer över tid.

Det går att dra ett antal intressanta slutsatser utifrån hur regeringen, SKL och landstingen agerar i samband med de överenskommelser som pågår för närvarande.

5.1 Överenskommelsernas konstruktion

- Grundlogiken för att konstruera överenskommelser utifrån ekonomiska incitament är att landstingen ska få pengar efter prestation. Landsting som presterar väl ska premieras och de som inte presterar lika bra ska spurras att över tid bli bättre. Detta är naturligtvis ingen ovanlig modell för att skapa incitament för förbättringar och den kan även fungera väl under rätt betingelser. Riksrevisionen ser dock två problem med den i detta sammanhang. För det första är det viktigt att säkerställa att den incitamentsskapande mekanismen inte styr bort från målet om en likvärdig vård i hela landet. När Dagmaröverenskommelsen kom i början på 1980-talet började staten styra vården mer efter behov på grund av det krav på likvärdighet som ställs i hälso- och sjukvårdslagen. Därför skedde en övergång från prestationsbaserad ersättning till en fast ersättning per invånare. Sedan 2006 har staten i allt större omfattning använt prestationsbaserad ersättning i överenskommelserna. Men de här överenskommelserna har inte påverkat likvärdigheten mellan landstingen i önskvärd riktning. I de tre överenskommelser med prestationsbaserad ersättning som pågått längst har landsting som fått låg utdelning (räknat i ersättning per invånare) ofta legat kvar på låg nivå år efter år, medan landsting som fått hög utdelning fortsatt att ligga kvar på en hög nivå. I ett fall har till och med skillnaden mellan det landsting som presterat bäst och det landsting som presterat sämst ökat över tid. Landsting som fått liten utdelning under flera år beskriver att de känner sig uppgivna och saknar motivation att förbättra sig. För det andra ger incitamentsmodellen en något splittrad syn på den statliga finansieringen av kommuner och landsting eftersom den går på tvärs mot den princip om fördelning efter behov som är utgångspunkten för den kommunalekonomiska inkomstutjämnningen.
- Överenskommelser mellan regeringen och SKL är på många sätt en praktisk form för att ge statsbidrag till den regionala nivån. Det faktum att fördelningen sker i form av avtal som inte binder och inte förpliktigar någon av parterna, särskilt inte de mottagande landstingen, till något är i praktiken sällan något problem. Vi vill dock understryka att det vid ett

fåtal tillfällen har uppstått meningsmotsättningar som inte kunnat lösas eftersom ingen part är formellt bunden till sina åtaganden. Genom den ”frivilliga” överenskommelseformen har regeringen också fått möjlighet att ställa detaljerade krav på landstingen utan att i någon formell mening överträda det kommunala självstyret.

- En annan intressant iakttagelse i granskningen är att det finns krav i överenskommelser som motsvaras av formuleringar som redan finns uttryckta i lagar, förordningar eller föreskrifter. I de här fallen skickar staten flera olika styr signaler samtidigt till landstingen. Det är svårt att dra någon annan slutsats än att regeringen stundom finner ekonomiska styrmedel mer verkningsfulla än de regulatoriska, vilka allmänt brukar anses vara den starkaste formen av styrning. Riksrevisionen menar dock att genom att belöna landstingen för uppfyllnad av vissa lagkrav finns det en risk för att landstingen uppfattar det som att annan lagstiftning kan prioriteras ned. Det har också förekommit att en överenskommelse ställt lägre krav än Socialstyrelsens föreskrifter. Riksrevisionen anser att det, åtminstone i det senare fallet, finns en risk för att överenskommelsen på sikt försvagar lagstiftningen snarare än förstärker den.

5.2 Regeringens användning av överenskommelser

- Även om överenskommelserna formellt sett är frivilliga framgår det av granskningen att det i praktiken är närmast omöjligt för både SKL och landstingen att stå utanför. Genom att hänvisa till den formella frivilligheten undgår regeringen att behöva tillämpa den finansieringsprincip som riksdagen fastställt. Regeringen kan då lägga nya uppgifter via överenskommelser på landstingen utan att garantera finansiering.
- Samtliga överenskommelser som har träffats gäller väsentliga problem och förbättringsområden inom vården. Riksrevisionen har under granskningen inte i något fall stött på någon kritik mot syftet med enskilda överenskommelser. Det är dock en generell sanning att en mängd i sig motiverade beslut sammantaget inte behöver leda till en optimal helhet. Varje ny överenskommelse som regeringen och SKL träffar ska hanteras av samma landsting som hanterar de som redan pågår och den ackumulerade bördan av detta kan man inte bortse ifrån. Granskningen visar att viss samordning av överenskommelserna redan sker inom Socialdepartementet, vilket vi ser positivt på. Vår bild är dock att samordningen hittills fokuserat mest på formalia i överenskommelserna. Vår bedömning är att det behövs en samordning inom Regeringskansliet som fokuserar mer på innehållet i överenskommelserna där en sammanvägd bedömning kan göras av vilka konsekvenser den totala sammansättningen av överenskommelser får i landstingen.

- Regeringens styrning genom överenskommelser har även inneburit en viss förskjutning i de statliga aktörernas roller. Regeringskansliet har valt att inta en mer operativ roll som i normalfallet snarare hade varit en uppgift för en förvaltningsmyndighet. Detta har i sin tur lett till att Socialstyrelsen fått en perifer roll. Ofta bidrar Socialstyrelsen inte aktivt när överenskommelserna utformas och hamnar ibland i svåra situationer vid uppföljningen när de precisa villkoren inte alltid överensstämmer med myndighetens egna föreskrifter.
- Också SKL:s roll framstår som svårhanterlig. SKL är en intresseorganisation och inte någon myndighet. Överenskommelserna utformas på ett sådant sätt att SKL får agera såväl beställare som utförare, och ibland även bedömare av resultat, när det gäller att fördela statsbidrag till sina egna medlemsorganisationer. Statsbidragen har också kommit att bli en viktig inkomstkälla för SKL, volymmässigt i nivå med finansieringen via medlemsavgifter. En stor del av denna finansiering kommer från överenskommelser. Visserligen tar SKL egna beslut om hur man vill delta i styrningen av hälso- och sjukvården. Riksrevisionens bild är dock att det är svårt för SKL att avstå att ingå överenskommelser eftersom de innebär potentiella pengar till nytta för medlemmarna. Såsom flera överenskommelser är konstruerade försätter de SKL i en dubbelroll som på sikt skulle kunna påverka förtroendet för organisationen.
- Riksdagen har uttalat att stabila förutsättningar och en rimlig planeringshorisont är avgörande för att de kommunala verksamheterna ska kunna utvecklas på ett effektivt och framtidsinriktat sätt. Regeringen å sin sida anser att tillfälliga statsbidrag ska kunna användas, men att detta ska vara undantag. Riksrevisionens granskning visar att trenden med styrning genom överenskommelser inneburit att de tillfälliga statsbidragen inom hälso- och sjukvården inte är några undantag längre.

5.3 Landstingens mottagande av överenskommelser

- Överenskommelserna har många gånger långsiktiga syften. Regeringen försöker dessutom att skapa viss kontinuitet i styrningen genom att på förhand avisera hur länge en överenskommelse är tänkt att pågå. Granskningen visar dock att överenskommelsernas form med tidsbegränsade satsningar som dessutom omförhandlas årligen gör att styrningen blir kortsiktig. Detta betyder att landstingens insatser för att uppnå de krav och nyckeltal som berättigar dem till ersättning likaledes blir kortsiktiga. Landstingen är stora organisationer och sjukvården en komplicerad verksamhet med mångfacetterade organisationer och etablerade rutiner som är tidskrävande att förändra. Ofta får landstingen en mycket begränsad tid på sig att genomföra åtgärder, och planeringen

måste oftast göras efter att budgetar och planer har fastställts. Det kan finnas grundläggande problem som förklarar varför vissa landsting presterar dåligt i en överenskommelse, och som är svåra att lösa inom ramen för en överenskommelse. Det kan till exempel vara tillgången på läkare. Det finns därmed en risk för att de åtgärder överenskommelserna leder till behandlar problemens symptom snarare än dess orsaker.

- Osäkerheten bland landstingen om man kommer att få någon ersättning i efterhand inom ramen för de prestationsbaserade överenskommelserna, och hur stor denna i så fall kommer att bli, leder till olika typer av beteenden. Vissa landsting tar risken och tar höjd för överenskommelserna i budgeten. Andra landsting ser detta som för riskfyllt och lägger sig på en lägre nivå. Oavsett strategi är detta något som i sig inte är gynnsamt för likvärdigheten i vården. Landsting som inte vågar satsa minskar dessutom sina chanser att faktiskt uppnå överenskommelsernas krav.
- Det successivt ökande antalet överenskommelser utgör alltmer ett problem för landstingen som har svårt att ta emot och hantera alla styrsignaler. Sammantaget har Riksrevisionen funnit cirka 160 krav som via olika överenskommelser ställs samtidigt. Flest krav finns det i överenskommelser med prestationsersättning. Dessa innehåller ofta även de mest detaljerade kraven. Överenskommelserna upplevs inte vara samordnade när de kommer till landstingen. Det finns till exempel ingen viktning mellan dem, inget är mer prioriterat än något annat. Som granskningen visar tvingas landstingsledningarna att kompromissa med de egna målen och kraven på verksamheten. I viss mån tränger regeringens styrning av sjukvården undan de ansvariga huvudmännens möjligheter att styra den verksamhet de ansvarar för.

5.4 Rekommendationer

Överenskommelserna mellan regeringen och SKL har visat sig vara en form för att styra och fördela statsbidrag till hälso- och sjukvården med ett antal positiva egenskaper. Det är lätt att förstå att formen blivit populär, framförallt hos regeringen och Regeringskansliet. Granskningen har dock även visat att övriga aktörer, framförallt landstingen som är de som ska skapa de önskvärda förbättringarna i praktiken, inte upplever överenskommelserna som lika positiva, lätthanterliga och resultatuppfyllande. Som vi konstaterade inledningsvis är det omöjligt att generellt slå fast vilka förutsättningar som måste gälla för att styrningen genom överenskommelser ska bli effektiv. Utmaningen består i att finna den lämpliga avvägningen mellan regeringens behov av att skicka samlade styrsignaler till landstingen samtidigt som dessa har det självständiga ansvaret för att utforma den egna

sjukvårdsverksamheten. Sammantaget gör vi bedömningen att regeringen har använt överenskommelser på ett sätt som styr vad landstingen gör inom vården till den grad att det rubbat balansen mellan landstingen och staten när det gäller styrningen av vården. Riksrevisionen vill därför rikta ett antal rekommendationer till regeringen i syfte skapa en bättre användning av överenskommelser inom hälso- och sjukvården i framtiden.

- **Minska antalet överenskommelser så att landstingen klarar att ta emot dem.** Det finns flera tecken på att alltför många överenskommelser gäller i nuläget. Riksrevisionens bedömning är att det behövs en samordning inom Regeringskansliet som fokuserar mer på innehållet i överenskommelserna, där en sammanvägd bedömning kan göras av vilka konsekvenser den totala sammansättningen av överenskommelser får i landstingen. En effektivare samordning av överenskommelserna måste ske på ett sådant sätt att landstingen också upplever att bördan blir lättare att hantera.
- **Ge landstingen större handlingsutrymme och rimliga förutsättningar att planera.** När en överenskommelse utformas bör regeringen undvika att styra hur landstingen ska uppfylla målen i den. Idag är överenskommelserna anpassade efter den statliga budgetprocessen. Regeringen behöver minska kortsiktigheten och istället hitta former som gör det möjligt för landstingen att inkorporera verksamheten i deras egen styrning och planering.
- **Var restriktiv med prestationsersättning i överenskommelserna.** Prestationsersättningen skapar särskilda svårigheter för landstingen. Idag behöver landstingen ta ekonomiska risker för att kunna delta. Dessa överenskommelser tenderar också att vara mer detaljerade och även styra hur landstingen ska utföra sin verksamhet. Prestationsersättning innebär en kraftfull styrning som också har kritiserats av regeringens uppföljande myndigheter. Mycket pekar på att prestationsersättningen inte skapar incitament på det sätt som regeringen tror. Granskningen visar att landsting som fått låg utdelning år efter år inte känner sig sporrade till förbättring. Prestationsersättningen sänder även motstridiga styrsignaler jämfört med syftena med det kommunala utjämningsystemet och det kommunala självstyret.
- **Om prestationsersättning ska användas i fortsättningen bör regeringen utreda och förtydliga hur landstingen ska redovisa ersättningen.** Det är oklart hur landstingen ska kunna förbruka utbetalade medel även under året efter och samtidigt följa redovisningslagstiftningen. Detta skapar en osäkerhet som det vore bra för samtliga inblandade parter att reda ut.

Källförteckning

Lagar, förordningar och föreskrifter

Budgetlag 2011:203.

Förordning (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen

Förordning (2007:364) om Arbetsförmedlingens samarbete med kommunerna om arbetsmarknadspolitiska program.

Förordning (2004:881) om kommunalekonomisk utjämning.

Förordning (2013:666) om statsbidrag till landsting och vissa kommuner för insatser mot hivinfektion.

Förordning (2010:349) om vårdgaranti.

Hälso- och sjukvårdslag (1982:703).

Lag (2004:773) om kommunalekonomisk utjämning.

Patientsäkerhetslag (2010:659).

Socialtjänstlag (2001:453).

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i socialtjänsten SOSFS 2007:19 Basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m.

Betänkanden, propositioner, utredningar med mera

Finansdepartementets betänkande 2004/05:FiU8 *God ekonomisk hushållning i kommuner och landsting (prop. 2003/04:105).*

Departementsserien (Ds) 2012:35 *Behöriga företrädare för myndigheter.*

Proposition 1982/83:174 *Om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m.*

SOU 1994:136 *Statliga myndigheters avtal.*

SOU 1996:66 *God vård på lika villkor?*

SOU 2009:11 *En nationell cancerstrategi för framtiden.*

SOU 2008:18 *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren.*

SOU 2012:33 *Gör det enklare!*

SOU 2007:93 *Den kommunala självstyrelsens grundlagsskydd.*

SOU 2011:65 *Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem – en kartläggning.*

Proposition 2003/04:105 *God ekonomisk hushållning i kommuner och landsting.*

Proposition 2013/14:1 *Budgetpropositionen för 2014.*

Proposition 2012/13:1 *Budgetproposition för 2013.*

Regeringsbeslut 2011-05-19 *Uppdrag att följa upp och utvärdera överenskommelsen om evidensbaserad praktik inom socialtjänsten S2011/986/FST (delvis).*

Regeringsärende 2013-05-31, Dnr 13/3398, Socialdepartementet.

Rapporter från myndigheter

Karolinska institutet 2011 *En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Slutrapport del 1.*

Karolinska institutet 2011 *En processutvärdering av implementeringen av den nationella rehabiliteringsgarantin. Slutrapport del 2.*

Inspektionen för socialförsäkringen 2012:17 *Rehabiliteringsgarantin.*

Riksrevisionen 2013:20 *Statens satsningar på kvalitetsregister – leder de i rätt riktning?*

Statskontoret 2010:22 *Prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre. Uppföljning av prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre. Delrapport 1.*

Statskontoret 2011:22 *Tänk efter före – Om viss styrning av kommuner och landsting.*

Statskontoret 2011:29 *Prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre. Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Delrapport 2.*

Statskontoret 2012:35 *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL, delrapport 3.*

Statskontoret 2013:16 *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Uppföljning av överenskommelse mellan regeringen och SKL. Delrapport 4.*

Statskontoret 2014:2 *Det kommunala utjämningsystemet – en beskrivning av systemet från 2014.*

Statskontoret 2014:18 *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten.* Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Slutrapport

Socialstyrelsen 2012-5-16 *Vårdgaranti och Kömiljard*, uppföljning 2009–2011.

Socialstyrelsen 2014-5-5 *Vårdgaranti och Kömiljard*, uppföljning 2013.

Vårdanalys 2013:7 *Utvärdering av handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa.* Lägesrapport 2013.

Vårdanalys 2013:8 *Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning.*

Överenskommelsedokument

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti 2014. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2013-12-12 nr III:6 dnr S2012/8977/SF, S2013/6233/SF, S2013/8167/SF, S2013/8820/SF.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti för 2013. Sveriges Kommuner och Landsting dnr 12/6879.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti för 2012. Bilaga till styrelsens beslut nr 20 2011-12-16 dnr 11/0658.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti för 2011. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2010-12-22 nr III:6 dnr S2010/9122/SF.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti för 2009 och 2010.

Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti. Bilaga till förbundsstyrelsens beslut nr 10 2008-06-13 dnr S2008/5370/SF.

Överenskommelse om kunskapsstyrning och vissa utvecklingsområden inom hälso- och sjukvården 2014. *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.* Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2013-12-12 nr I:17 dnr S2013/8789/FS (delvis).

Överenskommelse om vissa utvecklingsområden inom hälso- och sjukvården 2013. Överenskommelse mellan staten och SKL inom hälso- och sjukvården. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2012-12-13 nr I:6 dnr S2012/8768/FS (delvis).

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om stöd till utveckling av ett förstärkt barn-och föräldraperspektiv i missbruks-och beroendevården. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2011-08-25 nr II:2 dnr S2011/7432/FST (delvis).

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om att stärka barnets rättigheter i Sverige. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2013-12-12 nr II:5 dnr S2013/8812/FST (delvis).

Handslaget – en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om att stärka barnens rättigheter. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2010-06-23 nr I:20 S2010/4938/SF.

Patientsäkerhetsstrategi 2014. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om förbättrad patientsäkerhet. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2013-12-12 nr I:16 dnr S2013/8790/FS (delvis).

Patientsäkerhetsstrategi 2013. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om förbättrad patientsäkerhet. Sveriges Kommuner och Landsting dnr 11/7080.

Patientsäkerhetsstrategi 2012. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om förbättrad patientsäkerhet. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2011-12-15 nr I:6 dnr S2011/11008/FS.

Patientsäkerhetsstrategi 2011. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om förbättrad patientsäkerhet. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2010-12-16 nr I:14 dnr 2010/9054/HS (delvis).

Överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och staten – om utvecklingen och finansieringen av Nationella Kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012–2016. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2011-09-29 nr I:5 dnr S2011/8471/FS.

Fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso-och sjukvård ("kömiljarden") 2014. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2013-12-12 nr I:15 dnr S2013/8788/FS (delvis).

Fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso-och sjukvård ("kömiljarden") 2013 Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2012-12-13 nr I:5 dnr S2012/8767/FS (delvis).

2012 års överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2011-12-15 nr I:7 dnr S2011/11007/FS.

2011 års överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård. Bilaga till styrelsens beslut nr 15 2010-12-17 dnr 10/0445.

Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2014. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2013-12-12 nr I:18 dnr S2013/8791/FS (delvis).

Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2013. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Sveriges Kommuner och Landsting dnr 12/6984.

Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Sveriges Kommuner och Landsting.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om fördjupade medicinska utredningar 2014–2015. Sveriges Kommuner och Landsting dnr 13/7365.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en pilotverksamhet med aktivitetsförmågeutredningar för 2014. Sveriges Kommuner och Landsting dnr 13/7328.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess 2014–2015. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2013-12-12 nr III:9 dnr S2012/5434/SF (delvis), S2012/7946/SF (delvis), S2013/6526/SF, S2013/6733/SF, S2013/8823/SF.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2013. Sveriges Kommuner och Landsting 2012-12-12.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2012. Bilaga till styrelsens beslut nr 19 2011-12-16 dnr 11/0658.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess åren 2010–2011. Bilaga till styrelsens beslut nr 17 2009-12-11 dnr 09/1371.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. Bilaga till styrelsens beslut nr 17 2008-12-12 dnr 08/0184.

Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om åtgärder för att minska sjukfrånvaron i arbetslivet. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2006-01-12 nr 9 dnr S2004/2051/SF S2005/3491/SF S2005/10252/SF.

Fortsatta insatser för att främja en mer jämlik hälso-och sjukvård, 2014. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2013-12-12 nr I:14 dnr S2013/8792/FS (delvis).

Fortsatta insatser för att främja en mer jämlik hälso-och sjukvård, 2013. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2012-12-13 nr I:9 dnr S2012/8766/FS (delvis).

Fortsatta insatser för att främja en mer jämlik hälso- och sjukvård, 2012. Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting. Styrelsens beslut nr 21 2011-12-16 dnr 11/0658.

Insatser för att främja en mer jämlik hälso- och sjukvård. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2011-06-16 nr I:7 dnr S2011/5879/FS.

Insatser för att främja en mer jämlik hälso- och sjukvård. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2011-06-16 nr I:7 dnr S2011/5879/FS.

Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten. Överenskommelse för år 2014 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2013-12-12 nr II:4 dnr S2013/8804/FST (delvis).

Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten. Överenskommelse för år 2013 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Sveriges Kommuner och Landsting.

Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten. Överenskommelse för år 2012 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Bilaga till styrelsens beslut nr 04 2012-03-09 dnr 12/0733.

Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänstens område. Överenskommelse för 2011 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde II:2 2011-01-27 dnr S2011/986/FST (delvis).

Plattform för arbetet med att utveckla en evidensbaserad praktik i socialtjänsten. En överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2010-06-17.

Överenskommelse för år 2009 mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om Plattform för evidensbaserad praktik i socialtjänsten. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2009-05-13 nr III:3.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om vissa ersättningar inom folkhälsoområdet för år 2013. Sveriges Kommuner och Landsting.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om vissa ersättningar inom folkhälsoområdet för år 2011. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2010-11-11 nr I:3.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om vissa ersättningar inom folkhälsoområdet för år 2012. Bilaga till styrelsens beslut nr 14 dnr 11/0658.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om vissa ersättningar inom folkhälsoområdet för år 2010. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2009-11-19 nr III:3.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om vissa ersättningar inom folkhälsoområdet för år 2009. Bilaga till styrelsens beslut nr 12 2008-10-17 dnr 08/0184.

Överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om vissa ersättningar inom folkhälsoområdet för år 2008. Bilaga till styrelsens beslut nr 6 2007-10-16 dnr 07/2273.

Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2014. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2013-12-12 II:6 dnr S2013/8803/FST (delvis).

Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2013. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2012-12-13 II:3 S2012/8765/FST (delvis).

Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Bilaga till styrelsens beslut nr 16 2011-12-16 dnr 11/0658.

Insatser för att samordna vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2011 – en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Bilaga till regeringsbeslut 2011-06-16 nr II:6 dnr S2011/5826/FST (delvis).

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om att stärka barns rättigheter i Sverige. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2013-12-12 nr II:5.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om intensifierat samverkansarbete för barns och ungas psykiska hälsa. Styrelsens beslut nr 7 2011-06-17 dnr 11/0658.

Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Bilaga till regeringsbeslut 2009-02-26 nr I:4.

Övriga skriftliga källor

Finansdepartementet 2008.7 *Den statliga budgetprocessen.*

Finansdepartementet 2013 *Systemet för kommunalekonomisk utjämning, faktablad från Finansdepartementet.*

Material från Försäkringskassan angående utbetalade medel inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Inkom till Riksrevisionen 2014-06-02.

Material från Sveriges kommuner och landsting angående utbetalade medel inom ramen för Kömiljarden. Inkom till Riksrevisionen 2013-03-26.

Malmer, Stellan och Patrik Zapata 2009 *Finansieringsprincipens tillämpning. Rapporter från riksdagen, 2008/09: RFR11.* Stockholm: Sveriges Riksdag.

Landstinget i Västmanland 2014-04-11 *Granskning av årsredovisningen 2013. Revisionsrapport.*

Landstingsrevisorerna Stockholms läns landsting 2014 *Hälsa- och sjukvårdsnämnden, årsrapport 2013.*

Lindgren, Lena 2006 *Utvärderingsmonstret – Kvalitets- och resultatmätning i den offentliga sektorn.*

Promemoria den 6 dec. 1993 av f.d. justitierådet Bengt Hult och professor i civilrätt Jan Kleineman m.fl.

Sandberg, Linn 2012 *Överenskommelser som styrmedel i teori och praktik – en fallstudie av två överenskommelser som slutits mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting inom vård- och omsorg. Masteruppsats i offentlig förvaltning.*

Sveriges kommuner och landsting 2012 *Vårdval i primärvården. Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar.*

Sveriges kommuner och landsting 2013 *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2013.*

Sveriges kommuner och landsting årsredovisning för 2009.

Sveriges kommuner och landsting årsredovisning för 2010.

Sveriges kommuner och landsting årsredovisning för 2011.

Sveriges kommuner och landsting årsredovisning för 2012.

Sveriges kommuner och landsting årsredovisning för 2013.

Statistik från Sveriges kommuner och landsting 2013.

Elektroniska källor

Försäkringskassan, Sjukskrivningsmiljardens utfall till och med 201406, hämtad 2014-08-11.

Statistiska centralbyrån, Folkmängd, hämtad 2014-08-11.

Uppgift från SKL:s hemsida: <http://www.skl.se/demokratiledningstyrning/politiskstyrning/kommunaltsjlvstyresastyrskommunenochlandstinget/sastyrslanstingen.1790.html>, hämtad 2014-09-08.

www.avtalslagen2010.se.

Tidigare utgivna rapporter från Riksrevisionen

Alla Riksrevisionens tidigare utgivna rapporter finns tillgängliga på www.riksrevisionen.se

2013	2013:1	Svensk rymdverksamhet – en strategisk tillgång?
	2013:2	Statliga myndigheters skydd mot korruption
	2013:3	Staten på elmarknaden – insatser för en fungerande elöverföring
	2013:4	Mer patientperspektiv i vården – är nationella riktlinjer en metod?
	2013:5	Staten på telekommarknaden
	2013:6	Ungdomars väg till arbete – individuellt stöd och matchning mot arbetsgivare
	2013:7	Bostadstillägget och äldreförsörjningsstödet till pensionärer – när förmånerna fram?
	2013:8	Energieffektivisering inom industrin – effekter av statens insatser
	2013:9	Sverige i Arktiska rådet – effektivt utbyte av medlemskapet
	2013:10	På väg ut i världen – statens främjandeinsatser för export
	2013:11	Statens kunskapsspridning till skolan
	2013:12	Skattekontroll – en fråga om förtroendet för offentlig förvaltning
	2013:13	Landsbygdsprogrammet – från jordbruksstöd till landsbygdsstöd?
	2013:14	Sjunde AP-fonden – svarar förvaltningen av premiepensionen mot spararnas krav?
	2013:15	Kränt eller diskriminerad i skolan – är det någon skillnad?
	2013:16	Statens tillsyn över skolan – bidrar den till förbättrade kunskapsresultat?
	2013:17	Ett steg in och en ny start – hur fungerar subventionerade anställningar för nyanlända?
	2013:18	Tägförseningar – orsaker, ansvar och åtgärder
	2013:19	Klimat för pengarna? Granskningar inom klimatområdet 2009–2013
	2013:20	Statens satsningar på nationella kvalitetsregister – leder de i rätt riktning?
	2013:21	Statens hantering av riksintressen – ett hinder för bostadsbyggande
	2013:22	Försvarsmaktens förmåga till uthålliga insatser
	2013:23	Transparensen i budgetpropositionen för 2014 – tillämpningen av det finanspolitiska ramverket

2014	2014:1	Statens insatser för riskkapitalförsörjning – i senaste laget
	2014:2	Bostäder för äldre i avfolkningsorter
	2014:3	Staten och det civila samhället i integrationsarbetet
	2014:4	Försvarets omställning
	2014:5	Effekter av förändrade regler för deltidsarbetslösa
	2014:6	Att överklaga till förvaltningsrätten – Handläggningstider och information till enskilda
	2014:7	Ekonomiska förutsättningar för en fortsatt omställning av försvaret
	2014:8	Försvaret – en utmaning för staten. Granskningar inom försvarsområdet 2010–2014
	2014:9	Stödet till anhöriga omsorgsgivare
	2014:10	Förvaltningen av regionala projektmedel – delat ansvar, minskad tydlighet?
	2014:11	Att tillvarata och utveckla nyanländas kompetens – rätt insats i rätt tid?
	2014:12	Livsmedelskontrollen – tar staten sitt ansvar?
	2014:13	Att gå i pension – varför så krångligt?
	2014:14	Etableringslotsar – fungerar länken mellan individen och arbetsmarknaden?
	2014:15	Nyanländ i Sverige – effektiva insatser för ett snabbt mottagande?
	2014:16	Swedfund International AB – Är finansieringen av bolaget effektiv för staten?
	2014:17	Det allmänna pensionssystemet – en granskning av granskningen
	2014:18	Statens dimensionering av lärarutbildningen – utbildas rätt antal lärare?
	2014:19	Valuta för biståndspengarna? – valutahantering i det internationella utvecklingssamarbetet

Beställning: publikationsservice@riksrevisionen.se

Riksrevisionen har granskat regeringens styrning av hälso- och sjukvården genom överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Bakgrunden till granskningen är bland annat att antalet överenskommelser mellan staten och SKL har ökat.

Granskningen visar att regeringen, genom att införa tydligare ekonomiska incitament och detaljerade krav har gjort överenskommelserna till ett kraftfullt styrmedel. Även om överenskommelserna formellt sett är frivilliga är det i praktiken närmast omöjligt för både SKL och landstingen att stå utanför.

Samtliga överenskommelser gäller väsentliga förbättringsområden inom vården och används bland annat för att förstärka effekten av lagstiftning. Granskningen pekar bland annat på risker för att överenskommelserna styr landstingens verksamhet för mycket. Varje ny överenskommelse ska hanteras av samma landsting som hanterar de redan pågående och den samlade bördan av detta kan inte bortses ifrån. Landstingens strävan att uppnå överenskommelserna kan också leda till alltför enkla lösningar på komplexa problem i vården.

Granskningen visar också att regeringens styrning genom överenskommelser har inneburit att de olika aktörernas uppdrag har förskjutits något, vilket skapat svårhanterliga roller för både Socialstyrelsen och SKL.

Riksrevisionen bedömer att överenskommelserna styr landstingen till den grad att balansen rubbats mellan landstingen och staten när det gäller styrningen av vården.

Riksrevisionen rekommenderar därför regeringen att bland annat minska antalet överenskommelser så att landstingen klarar att ta emot dem, ge landstingen rimliga förutsättningar att planera samt att vara restriktiv med prestationsersättning.

ISSN 1652-6597

ISBN 978 91 7086 355 4

Beställning:

www.riksrevisionen.se

publikationsservice@riksrevisionen.se

Riksrevisionens publikationsservice

114 90 Stockholm