

Anders Anell



Sjuk- husens kontrakt

– från anslag till intäkter

SNS FÖRLAG

Sjukhusens kontrakt

ANDERS ANELL

Sjukhusens kontrakt

– från anslag till intäkter

SNS FÖRLAG

SNS Förlag
Box 5629
114 86 Stockholm
Tel 08-453 99 50

Sjukhusens kontrakt – från anslag till intäkter

Anders Anell

1:a upplagan

1:a tryckningen

Boken ingår i en serie från SNS: Den svenska sjukvården

Tidigare har utkommit:

- Hur skall sjukvården betalas? *Lars Söderström*
- Valfrihet och konkurrens i sjukvården.
Red: *Arvidsson/Jönsson*
- Sjukvård i andra länder. Red: *Arvidsson/Jönsson*
- Svensk sjukvård – bäst i världen? *A J Culyer m fl*
- Patientmakt över vården. *Richard B Saltman*
- Tandvård i andra länder. Red: *Arvidsson/Jönsson*
- Prioritering i sjukvården. Red: *Arvidsson/Jönsson/Werkö*
- Läkemedelsförmånen. *Ulf-G Gerdtham/Bengt Jönsson*
- Ekonomisk utvärdering av läkemedel.

Magnus Johannesson/Bengt Jönsson

© 1994 Anders Anell och SNS Förlag

Omslag och typografi: Rickard Frölich

Sättning: Melanders Fotosätteri, Stockholm

Tryck: WSOY, Finland 1994

ISBN 91-7150-528-8

Innehåll

Förord 7

1. *Inledning* 9

Hälso- och sjukvård i förändring 10

Reformerade betalningsformer 12

Vad denna bok handlar om 14

2. *Vilka är problemen?* 18

Att hushålla med resurserna 18

Marknad eller hierarki? 23

Frågan om incitament 25

3. *Beställare och vårdproducenter* 31

Vem skall beställa vården? 32

Två exempel 36

Kontrakt och valfrihet 44

4. *Olika sätt att betala sjukhus* 48

Vem skall man betala? 49

Olika betalningsformer 53

Blockkontrakt 57

Prestationsbaserad ersättning 59

Kombinationer 66

5. *Vilka blir effekterna?* 69

PPS i USA 70

Styckpridförsöket i Norge 81

Förändringar inom brittiska NHS 86

Vad kan Sverige lära? 92

6. *Sammanfattning och slutsatser* 98

Olika lösningar 98

Erfarenheter från andra länder 101

Behovet av aktiva beställare 103

Mot en bättre sjukvård 104

Referenser 107

Förord

En av de stora organisatoriska förändringarna i svensk sjukvård på senare år är uppdelningen i beställare och utförare. Olika modeller för detta förekommer runt om i landet. Ett exempel är att sjukhus inte längre tilldelas anslag för de resurser som den planerade verksamheten beräknas kräva. I stället har man i en del landsting valt att betala sjukhusen för de prestationer som de utför. Anslagen har förvandlats till intäkter. Denna förändring har visat sig ha positiva effekter på bland annat produktiviteten, åtminstone på kort sikt, men den innebär också risker för överproduktion och kvalitetsförämring.

Syftet med den här studien är att beskriva och analysera olika metoder för resurstilldelning till sjukhus. Aktuella utvecklingstenden- ser i Sverige och utomlands beskrivs och erfarenheter redovisas. Boken utmynnar i en rad slutsatser med relevans för de förändrings- projekt avseende finansiering och ekonomisk styrning av sjukhusen som pågår eller övervägs.

Studien är en del av SNS forskningsprojekt *Nya spelregler för hälso- och sjukvården*. Arbetet har utförts av ekon dr *Anders Anell*, VD för Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE), Lund. SNS-projektets referensgrupp under ordförandeskap av direktör *Marcus Storch*, AGA, och med företrädare för projektets finansiärer – Apoteksbolaget, Astra, Folksam, LIC Care, LIF, Länsförsäkringsbolagen, PT-Vård, Praktikertjänst, Procordia, Rufi, SAS Service Partner, Skandia, Trygg-Hansa SPP och Wasa Försäkring – har lämnat synpunkter på utkast till manus. IHE-kolleger samt *Gert Paulsson*, Institutet för Ekonomisk forskning, Ekonomihögskolan i Lund, *Lars A Sa-*

muelson, Handelshögskolan i Stockholm, och Eric Paulsson, Institutionen för Socialmedicin, Uppsala, har också bidragit. Som alltid när det gäller SNS-publikationer svarar författaren ensam för analyser och slutsatser.

Stockholm i mars 1994

Göran Arvidsson
projektledare

Bengt Jönsson
vetenskaplig rådgivare

1. Inledning

Denna bok handlar om olika sätt att betala sjukhus och kliniker för de vårdtjänster som dessa producenter tillhandahåller. Utgångspunkten är en framtida hälso- och sjukvård som i betydligt större utsträckning uppmärksammar de prestationer som utförs, och som tydligare skiljer mellan beställare och vårdproducenter och deras respektive ansvar. Vilka alternativ vad gäller sättet att betala sjukhusen kan identifieras givet sådana förutsättningar? Finns det någon lösning som kan anses bättre än andra? Hur påverkar val av betalningsform lämplig utformning av andra delar i sjukhusens kontrakt? Det är några av de frågor som boken kommer att belysa.

Frågan om hur kontrakt och betalningsformer för vårdproducenterna skall utformas har hög aktualitet, inte bara i Sverige utan också i flertalet andra länder. I många länder reformeras i dag sätten att finansiera och organisera hälso- och sjukvården. Efter decennier av oavbruten expansion gäller nu andra förutsättningar för ansvariga sjukvårdspolitiker, läkare och administratörer, med uttalade krav på kostnadseffektivitet. I fokus för förändringarna i många länder står ambitionen att radikalt ändra incitamenten i producentledet, dvs förutsättningarna för sjukhus, kliniker och andra vårdgivare.¹ Vårdproducenterna skall agera i någon form av konkurrens; antingen genom att pengarna följer patienternas val eller att man måste tävla med andra producenter om beställarnas kontrakt. Ansvariga sjukvårdspolitikers förhoppning är att de nya sätten att styra verksamheten skall stimulera till ökad produktivitet och effektivitet, inom givna kostnadsramar. Man skall få mer och bättre vård för pengarna.

Det finns stor osäkerhet rörande vad som i denna nya miljö kan betraktas som väl avvägda kontrakts- och betalningsformer. Med kontrakt avses här de skyldigheter som beställare och vårdprodu-

center har gentemot varandra och mot patienterna. Sättet för beställarna att tillhandahålla vårdproducenterna resurser – betalningsformerna – utgör härvid en viktig del.² Det kan noteras att utvecklingslinjerna i detta avseende går delvis skilda vägar, beroende på reformernas utgångspunkt. I exempelvis Frankrike och Tyskland försöker man få kontroll över de stigande kostnaderna genom att åtminstone temporärt gå över till kostnadsbudgetar för sjukhusen. Tidigare lösningar med ersättning per vård dag överges. I Sverige, liksom inom brittiska National Health Service, prövas i stället lösningar som innebär att traditionella anslag ersätts av kontrakt med betalning per prestation.

Föreliggande arbete syftar inte till att rekommendera en enda betalningsform som passar i alla tänkbara sammanhang. I detta arbete argumenteras i stället för att frågan om lämpliga betalningsformer för sjukhus och kliniker måste studeras i ett bredare sammanhang. Betalningsformerna utgör enbart en del – om än betydelsefull – av sjukhusens kontrakt. Varje lösning måste dessutom utformas utifrån hälso- och sjukvårdssystemets uppbyggnad i stort, de önskvärda effekterna och en bedömning av varje verksamhets egna förutsättningar.

Hälso- och sjukvård i förändring

Den svenska hälso- och sjukvårdens utveckling efter 1950 är i stort sett lika med landstingens. Snabb tillväxt och diversifiering av verksamheten är nyckelord. Den snabba tillväxten förklaras i första hand av sjukvårdens utbyggnad, men för landstingens del kan den snabba expansionen också förklaras av att man successivt tog över ansvaret för vård som tidigare tillhandahållits i privat eller statlig regi. I början av 1980-talet, övergick ansvaret för de statliga undervisningssjukhusen – Karolinska i Stockholm och Akademiska i Uppsala – till respektive landsting. Sedan dess har de 26 landstingen (inklusive de tre primärkommuner som står utanför landstingen) ansvarat för i stort sett all hälso- och sjukvård inom sina respektive upptagningsområden.

Under hälso- och sjukvårdens expansion rådde åtminstone en formell princip om enhetlighet mellan och inom landstingen. Det gäller

både synen på hälso- och sjukvårdens resurser och uppbyggnaden av de administrativa systemen. Sjukhusen kunde i princip vara av tre olika typer; utöver centralasarett (senare länssjukhus) fanns mindre länsdelssjukhus och större mera specialiserade regionsjukhus. Därutöver etablerades under 1970- och 1980-talen primärvården med sina vårdcentraler. Varje sjukhus, liksom varje vårdcentral, hade sitt upptagningsområde. Sjukhusen betalades till stor del efter sina kostnader. I enhetliga femårsplaner och budgethandlingar angav landstingspolitikerna förvisso hur den framtida utvecklingen skulle se ut. Att dessa planer sedan inte överensstämde med den faktiska utvecklingen ägnades emellertid inte särskilt mycket uppmärksamhet.³ Tidigare budgetar räknades dessutom som givna utgångspunkter inför diskussionerna om kommande budgetår. I det årliga spelet om resurserna – dvs i budgetprocessen – kunde politiker, tjänstemän och ansvariga läkare helt koncentrera sina ansträngningar på att fördela årets volymtillväxt mellan nya verksamheter.⁴

Mot bakgrund av en svag tillväxt i den svenska ekonomin försämrades landstingens finansiella situation under 1980-talet. Det var också under 1980-talet som frågor kring ekonomi, organisation och ekonomistyrning på allvar hamnade i fokus. Bristerna i de traditionella sätten att fördela resurserna genom anslag blev tydliga. Det fanns inte längre någon volymtillväxt att fördela, och budgetprocessen kunde inte lämna något stöd för förnyelse inom den redan etablerade verksamheten. Att diskutera omfördelningar mellan budgetramar var något nytt, både för politiker och ansvariga tjänstemän. Information om de tjänster som tillhandahölls, och vad dessa kostade, saknades t ex ofta helt.

Vid mitten av 1980-talet påbörjades en debatt kring sjukvårdens produktivitet.⁵ Detta var ett nytt inslag i den sjukvårdsekonomiska debatten. Mot bakgrund av långa köer till delar av den offentliga vården ifrågasattes också landstingens integrerade ansvar för finansiering och produktion av hälso- och sjukvård. Landstingen kritiserades för att vara alltför stelbenta och okänsliga för patienternas önskemål. I den statliga maktutredningen framhölls hälsosektorn som en av de delar av samhällslivet där medborgaren kände sig mest maktlös.⁶

Kritiken under senare delen av 1980-talet gav ny näring åt landstingens förändringsarbete. Mera omfattande reformer initierades – åtminstone pratades det mycket om omfattande reformer. Drivande

var som tidigare enskilda landsting. Särskilt kan nämnas Dalarna och den så kallade Dalamodellen, som gavs stor uppmärksamhet i media när den introducerades i slutet av 1980-talet. I denna modell skulle alla pengarna fördelas till lokala sjukvårdsområden. De lokala sjukvårdsområdena skulle sedan som beställare och genom upphandling sörja för att befolkningens behov av primär- och sjukhusvård tillgodosågs. Andra landsting följde efter. Även om landstingen delvis valde skilda lösningar kan noteras att flera utvecklingslinjer var gemensamma. En central ambition i flera landsting var att på olika sätt särskilja ansvaret för att beställa och producera vård. Med konkurrens och intäkter – till skillnad från monopol och anslag – skulle dessutom incitament för ökad produktivitet och effektivitet införas.

Reformerade betalningsformer

Landstingens reformarbeten vad gäller sättet att betala vårdproducenterna handlar i stor utsträckning om att avskaffa den traditionella anslagstilldelningen, och i stället införa någon form av prestationsbaserade kontrakt. Med detta avses att ersättningarna skall knytas till vad som faktiskt utförs, snarare än till resurserna, t ex i termer av antalet tjänster. Kopplingen mellan resurstilldelningen och verksamhetens omfattning skall på så sätt förbättras. Dessa reformer drivs på två nivåer. Internt inom sjukhus och sjukvårdsdistrikt har sedan flera år funnits ambitioner att finna bättre sätt att koppla samman verksamhet och ekonomi, genom att prissätta medicinsk och allmän service. På många håll i landet har kliniker i dag ett kostnadsansvar för medicinsk och allmän service. Serviceenheterna är resultatenheter där ersättningen utgår per prestation med kliniker och vårdcentraler som köpare.⁷ Prestationerna kan avse undersökningar, laboratorieanalyser, timmar etc, beroende på hur verksamheterna har beskrivits.

Under senare år har allt fler landsting också drivit reformer på en mera övergripande nivå. I första hand är det lösningar som prövas i andra länder och sjukvårdssystem som influerat de svenska modellerna. Särskilt kan nämnas intresset för de prospektiva betalningssystem med utgångspunkt i klassificerade vårdtillfällen enligt DRG

(diagnos-relaterade-grupper), som sedan ett tiotal år tillämpas inom delar av det amerikanska sjukvårdssystemet.⁸ Pågående förändringar mot interna marknader inom bland annat det brittiska National Health Service (NHS) har utgjort en annan viktig inspirationskälla.⁹

År 1990 var det i stort sett enbart kvinnokliniken vid Helsingborgs lasarett som erhöll en prestationsbaserad ersättning (per DRG), och då på försök. Flera landsting hade emellertid vid samma tidpunkt ett stort intresse för olika beställare/producent-modeller, och i några landsting har utvecklingen sedan dess varit snabb. Under 1992 var det t ex sammanlagt nio landsting som åtminstone till någon del ersatte sjukhusen enligt prestationsbaserade kontrakt; vanligen per klassificerade vårdtillfällen och besök och för den slutna vårdens del med utgångspunkt i DRG. I de flesta av dessa landsting var det fortfarande mycket begränsade delar av verksamheten som verkade under nya förutsättningar.¹⁰

Om vi ser till aktuella tillämpningar i landstingen finns fortfarande en speciell förkärlek till ersättningar per prestation i termer av klassificerade vårdtillfällen och besök.¹¹ Detta är inte heller så märkligt med tanke på den debatt om köer och en förmodat svag produktivitet i verksamheten som påbörjades vid slutet av 1980-talet. Från och med 1993 ersätter en handfull landsting stora delar av sjukhusvården per prestation. I landsting som Bohus och Stockholm ersätts så gott som all sjukhusvård enligt sådana principer. Sättet att definiera prestationerna varierar. I flera fall utgör DRG grunden för ersättningar till den slutna vården.

Även om ämnet ägnats stor uppmärksamhet i sjukvårdsdebatten är det inget landsting som i dag kan sägas ha någon längre erfarenhet av att ersätta kliniker och sjukhus per DRG eller något annat mått på prestationerna. Beställarna och vårdproducenterna är osäkra i sina nya roller, vilket delvis kan förklaras av att det traditionellt saknats mått för att beskriva verksamheten. Det finns också brister i uppgifterna om verksamhetens kostnader. I flera fall har landsting också ändrat betalningsformer och ersättningsnivåer efter hand som problem uppstått. Vilka spelregler som skall gälla har så att säga avgjorts i efterhand, när förutsättningarna blivit kända.

Flera frågor kring de nya betalningsformerna är därmed fortfarande obesvarade. Det gäller inte enbart vad som långsiktigt kan betraktas som lämpliga ersättningar för olika typer av verksamheter.

Det gäller i hög grad också de effekter som kan förväntas, samt hur negativa effekter kan undvikas. Det skall noteras att problemen i dag är delvis annorlunda jämfört med slutet av 1980-talet. Tidigare diskuterades i huvudsak problem med köer och brister i produktiviteten – i dag är köerna i stort sett borta, produktiviteten har ökat och inom flera områden råder överkapacitet. Mot denna bakgrund ställs parallellt med införandet av nya styrsystem krav på mera genomgripande strukturella förändringar, och då inte minst inom sjukhussektorn. Vad kan under sådana omständigheter betraktas som lämpliga betalningsformer? Har DRG-ersättningarna spelat ut sin roll? Det finns stor osäkerhet bland ansvariga i landstingen om vad som är att betrakta som den rätta lösningen för framtiden.

Vad denna bok handlar om

Sjukhus och kliniker utgör tjänsteproducerande organisationer med en hög grad av komplexitet. Varje patient är i någon mån unik vad gäller aktuell sjukdom, förmågan att tillgodogöra sig behandling, förutsättningarna för att klara sig själv, förväntningarna på vården m m. Ett sjukhus förväntas dock kunna bemöta alla typer av patienter med adekvat diagnostik, behandling och omhändertagande, och detta när som helst under dygnets 24 timmar. Kraven och förväntningarna från allmänheten är höga.

I den bästa av alla världar kan sjukhusen trots denna komplexitet förväntas agera som perfekta agenter för både patienter och skattebetalare. Med detta avses att varje litet beslut och varje liten insats blott och enbart tjänar syftet att maximera patienternas välfärd, dock inte i sådan utsträckning att skattebetalarnas välfärd (genom minskad privat konsumtion) sätts på undantag. Med sådana förutsättningar kan frågan om hur vårdproducenterna skall betalas avskrivnas som akademisk. Sjukhusen och klinikerna kan i stället ersättas utifrån sina kostnader, allt eftersom de uppstår.

Problemet är att sjukhus och kliniker, med ansvariga läkare i spetsen, inte kan betraktas som perfekta agenter. Att ställa sådana krav vore också orimligt. För det första är det svårt (för att inte säga omöjligt) för vårdgivarna att i det dagliga arbetet beakta skattebetalarnas preferenser, och många menar att det inte heller är önskvärt att blan-

da patient–läkarrelationen med denna typ av ställningstaganden. Det finns dessutom alltid konkurrerande målsättningar – det gäller både inom professioner och hos enskilda professionella – och det finns brister i informationen och dess spridning. Det kan gälla klinikchefen som med fastställd budgetrestriktion måste tillhandahålla en mindre volym vård än den som kan anses befogad. Det kan också gälla läkaren som i egna syften (karriär, pengar m m) och/eller på grund av bristande information tillhandahåller mer eller annan typ av vård än den som egentligen är motiverad. Det kan gälla tillhandahållande av diagnostik och behandlingar med svag eller ingen vetenskaplig förankring osv.

Att sättet att betala vårdproducenterna har betydelse för den vård som tillhandahålls har visats genom jämförelser av olika lösningar.¹² Med en uppdelning i beställare och producenter blir det därmed betydelsefullt att utforma kontrakten och betalningsformerna så att vårdproducenterna får incitament att agera på ett sätt som överensstämmer med kraven på hög produktivitet och effektivitet. Det innebär inte att kontrakten skall förfinas så långt tekniskt möjligt. Kostnaderna för förhandlingar och utformning av kontrakten måste också beaktas, och de får naturligtvis inte överstiga den förväntade nyttan. Det gäller att minimera de totala kostnaderna. Därmed avses kostnader för att administrera kontrakt och betalningsformer, kostnader för uppföljning och kontroll så att kontrakten efterlevs samt kostnader i form av förluster i produktivitet och/eller effektivitet till följd av att man inte uppnår perfekta lösningar.¹³

I föreliggande bok diskuteras olika sätt att betala sjukhus och kliniker, betalningsformernas egenskaper i termer av incitament, samt erfarenheter från andra länder där nya lösningar med ersättning per prestation prövats. Ett första viktigt syfte är att generellt beskriva olika sätt att betala sjukhus och kliniker, och analytiskt visa hur olika principer kan relateras till skilda sätt att bygga upp den svenska sjukvårdens framtida finansiering och organisation. Utgångspunkten är en framtida hälso- och sjukvård där ansvaret för att beställa och producera vård tydliggjorts. Denna analys redovisas i kapitel 2–4.

Ett andra viktigt syfte i arbetet är att redovisa och diskutera andra länders erfarenheter av lösningar som ligger nära dem som prövas i de svenska landstingen. Dessa fallbeskrivningar redovisas i kapitel 5. Av särskilt intresse är olika former av ersättning per prestation.

Blir vården bättre med sådana principer och i så fall på vilket sätt? Vad blir konsekvenserna för vårdproducenterna själva? De internationella erfarenheter som redovisas och diskuteras är införandet av DRG-ersättningar inom Medicare i USA, det så kallade styckprisförsoket i Norge och förändringarna mot interna marknader inom brittiska NHS. Som kommer att framgå har den svenska hälso- och sjukvården en hel del att lära av dessa länder inför det fortsatta förändringsarbetet.

Kapitel 6 utgör en sammanfattande diskussion om tänkbara utvecklingsvägar för den svenska sjukvården, mot bakgrund av genomgången av olika betalningsformer och redovisade erfarenheter från andra länder.

Noter

¹ Ham et al (1990), Saltman & von Otter (1992) och OECD (1992).

² Begreppen betalningsform, ersättningsystem och ersättningsprincip används fortsättningsvis synonymt.

³ Se t ex Landstingsförbundet (1983), Spek (1980) samt Ternblad (1992).

⁴ Se Anell (1990a).

⁵ Se t ex Lindgren & Roos (1985) och Lindgren (1986).

⁶ Peterson et al (1989).

⁷ Se Anell & Svarvar (1993).

⁸ DRG är ett system för klassificering av vårdtillfällen inom slutenvården, som ursprungligen utvecklades av ett forskarlag vid Yale-universitetet. Syftet var att få fram ett instrument som kunde underlätta analys och jämförelser av verksamheter vid sjukhus och kliniker. Genom att gruppera och vikta olika vårdtillfällen med avseende på bland annat förväntad resursåtgång, skulle skillnader i vårdtyngd inte längre vara något problem vid jämförelser av kostnaderna. Senare har DRG-systemet kommit att ligga till grund för en prestationsbaserad ersättning, bland annat för finansiering av vård till äldre inom USA:s federala Medicare-program. Olika tillämpningar av DRG-systemet har därefter spridits världen över; till Europa och vidare till Australien och Nya Zeeland. I Sverige påbörjades debatten om DRG vid mitten av 1980-talet, se t ex Spri (1985).

⁹ En viktig inspirationskälla bakom många länders reformer mot styrda eller interna sjukvårdsmarknader är i sin tur Enthovens tankar kring "managed competition". Se t ex Enthoven (1985).

¹⁰ Landstingsförbundet (1992).

¹¹ Se Anell & Svarvar (1993).

¹² Se t ex Hillman et al (1989).

¹³ Utifrån agentteorin ("agency theory") skulle hälso- och sjukvårdssystemet kunna betraktas som ett knippe av kontrakt mellan olika parter; däribland patienterna, läkare, vårdpersonal och finansärer. Det gäller att utforma dessa kontrakt så att kostnaderna, även i form av uteblivna hälsovinst, minimeras. För vidare resonemang om så kallade "agency costs", se Alchian & Demsetz (1972) och Jensen & Meckling (1976). Se även Coase (1937).

2. Vilka är problemen?

Sättet att betala vårdproducenterna måste koordineras med andra delar i hälso- och sjukvårdens styrsystem. I detta kapitel behandlas ekonomiska frågor i hälso- och sjukvården och möjligheten att bidra till en lösning av dem genom reformerade styrsystem i allmänhet och sättet att betala vårdproducenterna i synnerhet. Särskilt intresse riktas mot den traditionella incitamentsstrukturen i svensk hälso- och sjukvård. Tänkbara förändringar till följd av tydligare roller för beställare och producenter diskuteras.

Att hushålla med resurserna

Ekonomi handlar i grunden om att hushålla med resurserna. Underförstått är då att resurserna, i motsats till människornas behov, är begränsade. Det är inte svårt att känna igen dessa förutsättningar med utgångspunkt i dagens situation inom hälso- och sjukvården. Utvecklingen inom biomedicin och innovationer vad avser medicinsk teknologi har revolutionerat vården inom många områden, inte minst under de senaste årtiondena. Den moderna läkemedelsindustrin med läkemedel som vacciner, antibiotika, astma/allergi-, hjärt/kärl- samt mag-/tarmmedel har t ex utvecklats först under efterkrigstiden.¹ En god ekonomisk tillväxt har också möjliggjort en kraftig utbyggnad av vårdutbudet.

Flera innovationer har förvisso lett till att mera kostnadseffektiva behandlingar introducerats i vården; nya läkemedelsterapier mot magsår som tidigare behandlades med kirurgiskt ingrepp är bara ett exempel. I många fall handlar det emellertid om bättre tekniker för att säkerställa diagnos av sjukdomar eller om introduktion av be-

handlingar som i bästa fall förlänger liv och leder till en ökad livskvalitet till en viss given kostnad. Dessa innovationer kan visst vara effektiva men leder inte till några besparingar. Med nya tekniker och med bättre kunskaper har också indikationsgränserna vidgats, så att fler patienter kan behandlas. Självklart vill de flesta av oss ta del av dessa utökade möjligheter; åtminstone så länge patientavgifterna hålls på en låg nivå. Efterfrågan på hälso- och sjukvård i syfte att förbättra vår livskvalitet tycks med sådana privatekonomiska förutsättningar vara närmast omätlig. Samtidigt är det svårt att se att hela den arbetsföra befolkningen i landet skulle kunna vara sysselsatt med hälso- och sjukvård. Sjukvård måste vägas mot annan typ av konsumtion, offentlig såväl som privat. Någonstans måste gränsen dras för vad vi är villiga att betala för vården.

I alla hälso- och sjukvårdssystem finns i princip tre ekonomiska frågeställningar eller problem som kräver sin lösning. Det gäller för det första hur stor andel av samhällets resurser som hälso- och sjukvården skall erhålla, för det andra hur resurserna skall fördelas på olika verksamheter inom hälso- och sjukvårdssektorn, samt för det tredje hur ett effektivt resursutnyttjande skall uppnås i olika verksamhetsdelar. Gränserna mellan dessa frågeställningar är naturligtvis flytande, men indelningen kan ändå tjäna sitt syfte som utgångspunkt för en mera generell diskussion.

Karakteristiskt för inte minst den svenska hälso- och sjukvården är att frågorna ofta diskuteras och behandlas i en politisk process. Det första problemet har redan tangerats. I den sjukvårdsekonomiska debatten diskuteras ofta hälso- och sjukvårdens resurser i andel av den samlade bruttonationalprodukten (BNP). Inte sällan jämförs andelen i Sverige med andelen i andra OECD-länder.² Med dessa jämförelser som underlag diskuteras också huruvida sjukvården får för lite eller för mycket resurser. På samma sätt återfinns i den politiska och allmänna debatten en diskussion om hur pengarna som tilldelats hälso- och sjukvårdssektorn skall användas. Det gäller fördelningen mellan primär- och sjukhusvård, mellan förebyggande och behandlande vård etc. Även den tredje frågan, om det effektiva resursutnyttjandet i de olika verksamhetsdelarna, är ofta föremål för politiska diskussioner. De kan exempelvis gälla om privata vårdgivare är mer eller mindre effektiva än motsvarande offentliga.

I de flesta samhällssektorer överläts fördelningsproblemen mer eller mindre helt åt marknaden att lösa. Det innebär att relativa pri-

ser tillsammans med enskilda människors värderingar och betalningsförmåga avgör fördelningen, dvs vilka producenter som skall få pengarna. Det innebär i sin tur att en diskussion om huruvida för mycket eller för litet resurser fördelats blir tämligen meningslös. Säl- lan eller aldrig diskuteras exempelvis restaurangnäringens andel av BNP. Denna fråga avgör marknaden i form av enskilda människors samlade ageranden utifrån egna preferenser och ekonomiska förut- sättningar. Restaurangnäringen får genom marknaden de resurser man förtjänar, varken mer eller mindre. Inte heller bekymrar sig sär- skilt tillsatta politiker om restaurangnäringens inre resursfördel- ning, dvs hur resurserna fördelas på mera lyxbetonade restauranger och enklare gatukök. Också denna fördelning får marknaden och de enskilda människornas betalningsvilja och värderingar hantera. Sak samma gäller med det effektiva resursutnyttjandet vid varje restau- rang. Genom en väl fungerande konkurrens kommer på sikt de res- tauranger som inte förmår producera tjänsterna till ett rimligt pris att försvinna från marknaden. Kvar blir de restauranger som i någon mån gör rätt saker på rätt sätt. Det är också på detta sätt den ekono- miska teorin menar att marknaden och dess prissystem leder till en effektiv fördelning och användning av resurserna.

I de flesta länder har man valt att inte låta de fria marknadskraf- terna avgöra hur mycket resurser hälso- och sjukvården skall till- delas eller hur dessa resurser skall fördelas mellan olika verksam- heter. Det finns flera skäl till detta. Ekonomer brukar traditionellt lyfta fram tre särdrag som grundläggande orsaker till så kallade marknadsmisslyckanden.³ Dessa särdrag är kanske hanterbara tag- na var för sig, men de ger tillsammans mycket besvärliga förutsät- ningar.

För det första karakteriseras hälso- och sjukvården av *osäkerhet*. Denna osäkerhet gäller i första hand konsumtionen. En oförutsedd olycka kan leda till ett mycket kostsamt och långvarigt behov av vård och rehabilitering. Privata försäkringsmarknader kan för detta problem erbjuda en lösning, men sådana arrangemang har i sin tur egna inneboende problem.⁴ Osäkerheten finns också inom produk- tionen, exempelvis vid val mellan alternativa behandlingsformer och vid bedömning av behandlingars resultat. Historien har visat att många behandlingar som man tidigare trodde var effektiva, senare visat sig vara i det närmaste helt verkningslösa.

Ett andra särdrag är en *asymmetrisk fördelad information*. Med det-

ta avses att producenterna, dvs läkarna och annan kvalificerad vårdpersonal, i de flesta fall vet så mycket bättre än konsumenterna, dvs patienterna, vilken vård patienterna bäst behöver. Den perfekta marknaden utgår ifrån att det inte finns några sådana skillnader i den information som är tillgänglig för olika aktörer. Mellan producenter och konsumenter antas finnas en kunskapsmässig balans. I sjukvården finns inte någon sådan balans. Efterfrågan på hälso- och sjukvård kan till stor del förklaras av det aktuella utbudet.⁵

Ett tredje viktigt särdrag är de *externa effekterna*. Med detta avses att en individs konsumtion av hälso- och sjukvård också kan påverka andra individers välfärd. Det innebär i sin tur att renodlade marknadslösningar och prissystem inte skulle ta hänsyn till *alla* de kostnader och intäkter som är förknippade med konsumtion av hälso- och sjukvård. Ett bra exempel på hälso- och sjukvård med positiva externa effekter är förbyggande insatser och behandling så att spridning av smittosamma sjukdomar kan förhindras. Det är inte enbart de redan sjuka som har glädje av sådan konsumtion utan också de som riskerar att smittas, om inte sjukdomens spridning förhindras. Det är därför i många fall klart lönsamt att subventionera exempelvis vaccinationer.

Det är enbart en liten del av den totala hälso- och sjukvårdskonsumtionen där en individs konsumtion direkt kan sägas påverka andra individers välfärd. Även för annan typ av vård – t ex vid olyckor – finns emellertid en utbredd uppfattning i samhället att hälso- och sjukvård skall tillhandahållas, och detta utan tanke på patienternas privatekonomiska förutsättningar. De externa effekter som kännetecknar konsumtion av hälso- och sjukvård går således inte enbart att räkna hem i kronor och ören. Hälso- och sjukvård utgör vad ekonomer kallar en "merit good". Det innebär att externaliteterna även grundas på altruistiska och paternalistiska värderingar.⁶ Denna form av externalitet har i praktiken haft långt större betydelse för uppbyggnaden av hälso- och sjukvården, även om beslut inte sällan motiverats utifrån samhällsekonomiska lönsamhetsargument.

Med utgångspunkt i nämnda särdrag kan det vara svårt att leva upp till rådande målsättningar för sjukvården – god vård på lika villkor – om de övergripande fördelningsproblemens lösning helt överläts till marknaden och enskilda människors betalningsförmåga. Problem med gratispassagerare och konkurrerande försäkrings-

givares selektion av patienter och tjänster kan helt enkelt bli för stora. I många OECD-länder finansieras därför sjukvården till stor del genom obligatoriska avgifter eller via skatt. Även i länder med i huvudsak konkurrerande privata försäkringslösningar finns för de svaga grupperna i samhället en offentligt finansierad vård; åtminstone vad gäller de akuta insatserna. Samtidigt skall noteras att fördelningsproblemet inte är löst bara för att finansieringen sker via den offentliga sektorn. Med en sådan lösning blir det politikerna och andra ansvariga som har att undanröja ineffektivitet till följd av att tjänsterna inte helt kommer att överensstämma med människors preferenser.

I denna bok kommer alternativa finansieringslösningar på övergripande nivå – dvs hur vården skall betalas av konsumenterna – och deras för- och nackdelar inte att diskuteras.⁷ Fortsättningsvis antas att hälso- och sjukvården i huvudsak finansieras offentligt, genom någon form av skatter, avgifter eller obligatoriska premier. Det resonemang som förs i boken placeras därmed i den svenska sjukvårdsdebattens huvudfåra.⁸ Frågan om hur mycket resurser som skall tilldelas hälso- och sjukvården antas även fortsättningsvis avgöras i en politisk process.

Hälso- och sjukvårdens interna resursfördelningsproblem handlar om hur sektorns samlade resurser skall fördelas på olika verksamheter samt hur ett effektivt resursutnyttjande kan uppnås i de olika delarna. Det är hälso- och sjukvårdens andra och tredje ekonomiska frågeställningar enligt den uppdelning som gjorts tidigare. Målsättningen är naturligtvis att resurserna skall användas så effektivt som möjligt. Idealt sett innebär detta att de positiva hälsoeffekterna för varje ytterligare investerad krona skall vara lika vid jämförelser mellan olika verksamheter. Även vid behandling av dessa frågor gäller att undvika allokativ ineffektivitet, så att de vårdtjänster som erbjuds befolkningen så långt möjligt överensstämmer med värderingar och förväntningar. Det gäller exempelvis avvägningen mellan primär- och sjukhusvård, mellan högspecialiserad vård och omsorg och mellan äldreomsorg och vård av för tidigt födda, för att ta några ytterligheter. Det handlar också om att olika delverksamheter inom hälso- och sjukvården skall kännetecknas av hög produktivitet och kvalitet. Detta ställer krav på att teknologiska innovationer och nya arbetsmetoder snabbt tas tillvara, så att förhållandet mellan insatta resurser och erhållet resultat i varje tidpunkt är så bra som möj-

ligt. För båda frågorna är det viktigt att de system och ramar som vårdproducenterna har att agera utifrån ger goda incitament till åtgärder och initiativ som sammanfaller med målsättningarna. Det är framför allt i detta avseende som sättet att betala vårdproducenterna kan bidra till en god incitamentsstruktur.

Marknad eller hierarki?

Alla organisationer, och det gäller oavsett om dessa verkar i monopol eller konkurrens, rymmer i praktiken ett visst mått av ineffektivitet till följd av att fel varor och tjänster produceras eller att produktionen sker på ett icke-optimalt sätt.⁹ Detta förhållande skulle kunna uttryckas som att det alltid går att göra saker något litet bättre. Tänkbara mekanismer för att undanröja ineffektivitet diskuteras ofta i litteraturen under begreppen "voice" och "exit".¹⁰ Internt inom organisationer är det kanske i första hand ledningens auktoritet och förhandlingar (voice) som ligger till grund för styrningen. Om ansvariga är missnöjda med verksamheten så får man genom beslut, förhandlingar och andra administrativa processer försöka rätta till och förändra till det bättre. På marknaden råder andra mekanismer. Möjligheten till in- och utträde (exit) för både leverantörer, samarbetspartners och inte minst kunder skapar en tydlig press på producenterna att vara effektiva.

Forskningen har visat att konkurrensutsatta verksamheter i allmänhet är mera kostnadseffektiva än motsvarande verksamheter i monopol.¹¹ För den konkurrensutsatta organisationen blir det en överlevnadsfråga att producera varor och tjänster som efterfrågas, och att göra detta på ett kostnadseffektivt sätt. Att konkurrensutsatta verksamheter – att skapa möjligheter till in- och utträde – kan således vara ett kraftfullt medel i ambitionen att undanröja ineffektivitet. Det är inte helt avgörande att konkurrensen präglas av möjligheter att välja mellan många producenter, såsom den perfekta konkurrensen förutsätter. Det väsentliga kan i många fall vara att varje producent lever med ett potentiellt hot om att verksamheten kan tas över av någon annan, om man inte sköter sina åligganden.¹² Även små möjligheter till in- och utträde på en marknad kan alltså tjäna stora syften. Entreprenader, som regelbundet förhandlas om genom

anbudsförfarande, är ett bra exempel på hur sådana möjligheter kan tillskapas, även för de verksamheter och i de områden där det kanske bara finns utrymme för en enda producent.

Med utgångspunkt i ovan nämnda mekanismer kan också olika typer av hälso- och sjukvårdssystem diskuteras (se figur 2.1). Den svenska hälso- och sjukvården kan traditionellt beskrivas som en reglerad sektor med få inslag av konkurrens. Den tradition med rambudgetar för sjukvårdsdistrikt, kliniker och vårdcentraler som präglat de administrativa systemen har i första hand inriktats på att åstadkomma en acceptabel fördelning av resurserna mellan hälso- och sjukvårdens olika delar. Genom förhandlingar mellan skilda politiska och administrativa nivåer, från den statliga nivån genom landsting och sjukvårdsdistrikt till kliniker och vårdcentraler, har resursernas fördelning på olika verksamheter bestämts.

En sådan hierarkisk lösning på fördelningsproblemen förlitar sig helt på politiska och administrativa processer som grund för styrningen. Det är i första hand genom beslut, direktiv och förhandlingar som man har försökt att påverka och styra verksamheten i önskvärd riktning, såsom denna riktning tolkats av politiker och andra ansvariga. På övergripande nivå har detta lett fram till rekommendationer och regleringar av olika slag. På lokal nivå har förhandlingarna resulterat i planer, budgetar och direktiv. Motsvarande principer för resursstyrningen återfinns i andra nordeuropeiska länder. Gemensamma drag i länder som Storbritannien, Norge, Danmark och Sverige är att resurserna vad gäller sjukhusvården i huvudsak fördelats uppifrån och ned i ett integrerat system med få inslag av konkurrens och fristående alternativ.

Figur 2.1 Reglerad konkurrens inom hälso- och sjukvården

	Reglering	Icke-reglering
Monopol	Dagens sjukvård	-----
Konkurrens	"Reglerad konkurrens"	"Fri konkurrens"

Källa: Jönsson, B., "Styrd konkurrens inom hälso- och sjukvården", s. 56, i Arvidsson, G. & Jönsson, B. (1991), *Valfrihet och konkurrens i sjukvården*, SNS Förlag, Stockholm.

Som framgår av figur 2.1 är inte alternativet till dagens reglerade och hierarkiskt uppbyggda hälso- och sjukvård nödvändigtvis "fri konkurrens". Ett mera intressant alternativ för svenskt vidkommande är att skapa en god incitamentsstruktur genom de möjligheter en "reglerad konkurrens" innesluter. Problemet att skapa en god incitamentsstruktur för vårdgivarna har egentligen inte berörts av de traditionella planerings- och budgetsystemen, som i huvudsak byggts upp för att stödja och planera en expansion av verksamheten. Intresset i de administrativa styrprocesserna har framför allt fokuserats på en fördelning av varje års volymtillväxt. Man har helt enkelt litat på att företrädare för olika verksamheter – och inte minst ansvariga läkare – skall göra det mesta och bästa möjliga för pengarna. Detta har säkert varit en viktig ledstjärna för nämnda företrädare. Frågan är om denna strävan är tillräcklig i en situation med allt mera knappa resurser.

Rambudgetar och fasta anslag har med tilltagande resursknapphet skapat skevheter i den incitamentsstruktur som sjukhus och kliniker har att verka utifrån. Fler patienter har lett till att det blivit svårare att hålla budgeten. Extra behandlingar, operationer och patientbesök har snarare upplevts som en belastning än som något positivt. I kombination med en monopolställning kan sådana förutsättningar lätt resultera i köer och att verksamheten sker på producenternas villkor i stället för på patienternas. Vid finansiella svårigheter stänger man avdelningar och drar ned på verksamheten, snarare än att man försöker rationalisera och förändra verksamhetens organisation. Det var denna typ av egenskaper som den svenska sjukvården uppvisade vid slutet av 1980-talet. Det är också en viktig bakgrund till pågående förändringar mot marknadslika villkor i producentledet, och reformeringen av sättet att betala sjukhus och kliniker.

Frågan om incitament

Med en fortsatt utveckling mot beställare och fristående vårdproducenter ändras hälso- och sjukvårdens incitamentsstruktur. För beställare blir det mer angeläget att väga olika tjänsters nytta gentemot dess kostnader. För vårdproducenterna blir det viktigare

att vara lyhörd för beställarnas och patienternas krav och önskemål, och att tänka igenom den egna organisationen och de tillämpade arbetsformerna. De närmare effekterna av dessa förändrade incitament beror inte enbart på förändringarna i hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation. Av betydelse är också den tidigare incitamentsstrukturen, och de vanor och traditioner som denna skapat.

Om vi ser till den svenska hälso- och sjukvården har den tidigare incitamentsstrukturen under årtionden av expansion premierat vård vid sjukhusen. Sverige har tillsammans med USA beskrivits som det land som var först med att bygga upp en modern (och kostsam) sjukhussektor.¹³ Åtminstone sedan början av 1970-talet har på statlig nivå funnits ambitioner att stärka primärvården och i motsvarande grad minska på sjukhusvården. Det har dock tagit lång tid att omsätta de riktlinjer som utfärdats i faktiska förändringar.¹⁴ Detta beslut kommer ju att rivas upp. 1987 var andelen sjukhusvård i Sverige högst inom OECD – ca 75 procent av de totala offentliga vårdutgifterna avsåg sjukhusvård.¹⁵ Ungefär 40 procent av alla läkarbesök i landet sker vid sjukhus.¹⁶ Sverige har vid internationella jämförelser också traditionellt haft många vårdplatser per capita.¹⁷ Detta förhållande beror dock inte på att Sverige har många sjukhus.¹⁸ I stället har sjukhusvården koncentrerats till förhållandevis stora institutioner.

Om vi ser till sjukhusens interna organisation har den biomedicinska utvecklingen och innovationer inom medicinsk teknologi resulterat i en allt längre driven specialisering och organisatorisk uppdelning i kliniker och avdelningar. Odelade lasarett har efterhand delats upp i allt fler medicinska, kirurgiska och diagnostiska specialiteter. Ett medelstort länssjukhus omfattar numera vanligen ett 15–20 tal specialiteter med eget chefskap och egen budget. Vid universitetssjukhusen kan antalet specialiteter vara betydligt fler, men den funktionella grunden för organisationen är densamma. Uppdelningen i allt fler enheter förklaras inte enbart av den medicinska professionens kunskapsutveckling. Även institutionella ramar och regelverk utgör förklaringsfaktorer. Fram till 1970-talet var det exempelvis inte möjligt att inrätta flera överläkartjänster vid samma klinik. Varje ny specialitet med överläkare i spetsen resulterade därför i en avknoppning av verksamheten till egen enhet.

Koncentrationen av vård till stora sjukhus med en i huvudsak tra-

ditionell och enhetlig klinikstruktur har *inte* tillkommit som ett resultat av beställare som upphandlar vård av fristående vårdproducenter. Detta kan tyckas vara ett självklart uttalande, men bör kanske just därför lyftas fram i debatten om hälso- och sjukvårdens framtida finansiering och organisation. Den traditionella hierarkiska resursstyrningen har i stället förlitat sig till politiska och administrativa mekanismer för att fördela resurserna och för att undanröja ineffektivitet. Beslut om verksamhetens organisation har träffats genom förhandlingar mellan politiker, administratörer och den medicinska professionens företrädare. Det finns skäl att tro att förmågan att kunna tala för sin sak i många fall varit avgörande för resurstilldelningen. Ett viktigt framgångskriterium har i så fall varit förmågan att mobilisera politiska och professionella intressen. Utifrån samma kriterium skulle det också gå att förklara det faktum att stora vårdproducenter efter hand blivit större – den som har skall varda givet.

Med mera fristående vårdgivare, som agerar i någon form av konkurrens och med ersättning per prestation, kommer incitamentsstrukturen i producentleden att förändras. Med sådana förutsättningar kommer vårdgivarna i större utsträckning än tidigare att utifrån en ekonomisk rationalitet ställa frågor kring hur vården skall organiseras. Det blir viktigare att sätta patienterna och deras företrädare (beställarna) i centrum. Det leder till nya krav på verksamheten som i sin tur innebär att otraditionella arbetsformer och organisationsprinciper prövas. Det blir svårare och inte heller särskilt meningsfullt att klassificera sjukhusen i länsdels-, läns- och region-sjukhus. Det blir heller inte möjligt att strikt dela upp "patientmarknaden" i geografiska upptagningsområden. Mindre vårdgivare, som koncentrerar sin verksamhet på exempelvis dagkirurgi eller planerade behandlingar, kan bli svåra konkurrenter till delar av de etablerade sjukhusens verksamhet. För den högspecialiserade verksamheten vid regionsjukhusen kan marknaden bli nationell, eller till och med internationell. En sådan utveckling kan på sikt ge större pluralism i vårdutbudet.

Samtidigt skapar kraven på kostnadseffektivitet behov av konsensus avseende relevant behandling av specifika sjukdomstillstånd. I nuläget finns stora variationer i praxis, både nationellt och internationellt, med små medicinska men med stora ekonomiska konsekvenser.¹⁹ Dessa variationer kan delvis tolkas som ett uttryck

för att tidigare förutsättningar, där resurserna fördelats i form av anslag, skapat utrymme för godtyckligt agerande hos ansvariga. På många håll finns redan ett stort intresse av att ifrågasätta variationerna genom jämförelser med de förmodat bästa. På konsultspråk kallas det "bench-marking". Ett problem i sammanhanget är att kunskapen om vad som är att betrakta som "bästa praxis" ofta är begränsad. Med nya förutsättningar kommer intresset för sådan kunskap att öka betydligt.

Ett större intresse kommer säkert också att ägnas frågan om den egna verksamhetens gräns relativt entreprenadlösningar och den externa marknaden. Studier har visat att den landstingskommunala sjukvården troligen integrerat en större del av produktionen till den egna verksamheten än vad som egentligen är motiverat, givet målsättningen att transaktionskostnaderna skall minimeras.²⁰ Detta förhållande innebär inte att landstingen gjort fel. Resultaten visar emellertid att ansvariga i landstingen tidigare handlat utifrån en annan incitamentsstruktur än den som följer av en fortsatt utveckling mot reglerad konkurrens inom hälso- och sjukvården.

Förändringar mot nya organisations- och driftsformer i hälso- och sjukvården är naturligtvis inget självändamål. Syftet är att effektivisera verksamheten. Det återstår att se om ett införande av interna marknader och reformerade ersättningssystem leder till ett vårdutbud som bättre överensstämmer med befolkningens preferenser. Den frågan måste betraktas som empirisk och kan därmed enbart besvaras genom utvärderingar av pågående och kommande förändringar. Det finns emellertid ingen anledning att på förhand idealisera effekterna. Varje lösning har sina för- och nackdelar.

Med en prestationsbaserad ersättning skapas exempelvis kraftfulla incitament att göra mer av den prestation ersättningen avser. Det är förvisso poängen med denna ersättningsprincip, men kan samtidigt leda till prestationer i form av behandlingar som egentligen inte är motiverade. I så fall är också risken stor att eventuella produktivitetsvinster snabbt äts upp av större verksamhetsvolym, dvs fler prestationer. Inom många områden finns stora möjligheter att väsentligt expandera verksamheten genom ändrade indikationsgränser, och det går ofta också att motivera glidningarna utifrån en förbättrad livskvalitet (om än marginell) för patienterna.

Kostnadskontrollen kan bli särskilt besvärlig att uppnå i ett sjukvårdssystem där befolkningen utan begränsningar och med låga pa-

tientavgifter fritt kan välja vårdgivare, och där finansieringen av varje vårdtillfälle sker från tredje part. Detta problem leder in på frågan om vem som skall beställa vården och vem som skall ansvara för hälso- och sjukvårdens övergripande struktur. Vid en offentlig finansiering av hälso- och sjukvården kan denna fråga inte lämnas obesvarad. Någonstans i systemet måste det finnas ett administrativt arrangemang, en beställare, som ersätter marknadsprisernas prioriterande och ransonerande funktion.

Effekterna av reformerade ersättningssystem i sjukvården beror på en mängd olika faktorer. Viktiga faktorer som behandlats i detta kapitel är hur hälso- och sjukvårdens övergripande finansiering och organisation utformats, samt vilka vanor och traditioner som ligger inbäddade hos hälso- och sjukvårdens aktörer, som följd av de lösningar som tidigare använts. I sammanhanget skall också noteras att de formella systemen för sjukvårdens finansiering och organisation i sin tur alltid ligger inbäddade i en omgivande struktur av legala regelverk, sociala kontrakt och egenintressen hos politiker och andra ansvariga. Det finns således gränser för möjligheterna att med logikens hjälp försöka utreda och på förhand bestämma effekterna av en viss betalningsform. Samma betalningsform kan leda till olika effekter beroende på omständigheterna i övrigt. Små förändringar i någon parameter kan innebära att det i slutändan inte alls blir som man tänkt sig. Genom att analytiskt utreda egenskaperna i tillgängliga alternativ, och genom att begrunda andras erfarenheter, kan trots allt förutsättningarna i ett reformarbete kraftigt förbättras. Det är utifrån denna målsättning som återstående kapitel i boken skrivits.

Noter

¹ Jendteg (1993).

² Se t ex Arvidsson & Jönsson (1991).

³ Se t ex Arrow (1963), Evans (1984) samt SOU (1993:38).

⁴ Evans (1984) menar att stordriftsfördelar (med risk för monopol), otillräcklig information för beslut om riskjusterade premier, skevheter i urvalet av försäkrade (adverse selection) samt förändrat beteende hos försäkrade (moral hazard) är viktiga skäl till misslyckanden för privata försäkringsmarknader inom sjukvården. Se även SOU (1993:38).

- ⁵ Se resonemang om "supplier-induced demand" eller den så kallade Rømers lag ("a built bed is a filled bed") i t ex Evans (1984).
- ⁶ Se vidare Evans (1984), Pauly (1986) samt Weisbrod (1991).
- ⁷ Se i stället Söderström (1991).
- ⁸ Se t ex Kommittédirektiv (1992) och SOU (1993:38).
- ⁹ Se t ex resonemang om "organizational slack" i Cyert & March (1963).
- ¹⁰ Efter Hirschman (1970).
- ¹¹ Se översikt i Donahue (1992).
- ¹² Se Baumol et al (1982).
- ¹³ Se Glaser (1987).
- ¹⁴ Se t ex Spek (1980).
- ¹⁵ Poullier (1989). Andelen avser all vård vid sjukhusen, inklusive psykiatri och långvård.
- ¹⁶ SPRI (1993).
- ¹⁷ För en jämförelse av senare datum se Schieber, Poullier & Greenwald (1993).
- ¹⁸ Se t ex Jönsson et al (1990a, 1990b) samt Anell (1992).
- ¹⁹ Se t ex Andersen & Mooney (1990), Hjort (1992) samt Eckerlund, et al (1993).
- ²⁰ Rehnberg (1990).

3. *Beställare och vårdproducenter*

En diskussion om hur vårdproducenterna skall betalas förutsätter att de inblandade parterna – beställarna och producenterna – har identifierats. I detta kapitel behandlas olika sätt att organisera denna relation och konsekvenserna vad gäller lämpliga sätt att betala sjukhus och kliniker. Utgångspunkten är som tidigare en hälso- och sjukvård där mera fristående vårdproducenter verkar med ersättning enligt någon form av kontrakt.

Frågan om vem som skall beställa vården leder direkt in på ett besvärligt trepartsförhållande. Detta förhållande omfattar patienterna (konsumenterna), finansiärerna (landsting eller annan) och vårdproducenterna (sjukhus, kliniker, husläkare m fl). Var och en av dessa intressenter har egna och delvis motstridiga intressen. Patienterna och vårdproducenterna vill rimligen, var och en på sitt sätt, ha så stora frihetsgrader som möjligt. (Vi antar att avgifter/skatter för patienterna hålls konstanta.) För patienterna kan friheten innebära att man själv tillåts välja läkare, sjukhus och vårdform. För vårdproducenterna kan friheten på motsvarande sätt innebära att man får erbjuda patienterna den vård som patienterna inom rimliga gränser önskar, utan att byråkratiska regler och ekonomiska restriktioner lägger några hinder i vägen. Frihet att få etablera en egen klinik kan vara ett annat önskemål från professionen. Finansiärerna, däremot, vill ha kontroll över vad och hur mycket som utförs, så att inte kostnaderna för hälso- och sjukvården totalt sett skenar i väg. Som kommer att visas i detta kapitel handlar frågan om vem som skall beställa vården till stor del om att balansera dessa olika intressen.

Vem skall beställa vården?

Konsumtion av hälso- och sjukvård måste som redan sagts vägas mot annan typ av offentlig och privat konsumtion. Med en finansiering som i huvudsak baseras på någon form av skatt eller obligatorisk avgift blir åtminstone den övergripande frågan om tilldelningen till hälso- och sjukvården en fråga för politikerna. Det blir också politikerna som har att avgöra vem som skall beställa de olika vårdtjänsterna, och vilka spelregler beställarna och vårdproducenterna skall ha att rätta sig efter.

Traditionellt i den svenska hälso- och sjukvården har planer, budgetar och kompletterande direktiv om prioriterade områden angett premisserna för arbetet inom olika specialiteter och verksamhetsområden. På så sätt har ansvariga politiker också haft kontroll över kostnadsutvecklingen, åtminstone om vi ser till utvecklingen under senare tid. En stor del av ansvaret för prioriteringarna har i praktiken legat på den medicinska professionen. Med mera fristående vårdproducenter som verkar med ersättning enligt kontrakt ändras förutsättningarna. Kontrollen av hälso- och sjukvårdens totalkostnader måste i högre utsträckning ske genom prioriteringar från beställarens sida.

Om vi ser till pågående förändringar i den svenska hälso- och sjukvården så planerar majoriteten av landstingen att inrätta någon form av beställarorganisation.¹ Dessa beställare skall ansvara för upphandling och överenskommelser med vårdgivarna, och därmed också för kontroll av kostnaderna. Det stora intresset för denna typ av lösningar handlar troligtvis delvis om en strävan att försöka följa ett aktuellt mode. Man byter namn på avdelningar och tjänster utan att göra några reella förändringar. Under 1993 hade dock åtminstone sex landsting omorganiserat verksamheten och inrättat särskilda beställarorganisationer. I fyra av dessa landsting ersätter beställarna stora delar av sjukhusvården per prestation.²

Lösningarna vad gäller landstingens beställarorganisationer varierar (se tabell 3.1). Gemensamma drag är att beställarna omfattar en politisk nämnd och en administrativ stab. I några landsting används de administrativa staberna gemensamt av beställarna. Den politiska nämndens uppdrag är vanligen att utifrån ett geografiskt befolkningsansvar beställa den vård och de förebyggande insatser man menar att befolkningen behöver. Att förbättra folkhälsan och

att utjämna skillnader i folkhälsan mellan olika samhällsgrupper förefaller vara viktiga övergripande målsättningar bland de beställare som hittills introducerats i sitt arbete. En viktig uppgift gäller samordningen mellan primär- och sjukhusvård, och vad gäller beställarna på lokal nivå också samverkan med försäkringskassan och den primärkommunala servicen. De konkreta förhandlingarna svarar en eller flera administrativa staber för. I regel har beställarna en låg egen medicinsk kompetens. Sådan kompetens skall vid förhandlingar med sjukhusen i första hand inhämtas via konsultinsatser från primärvården och externa specialistläkare.

Tabell 3.1 Exempel på beställarorganisationer i landstingen år 1993

Landsting	Beställarorganisation
Bohus	14 <i>lokala beställare</i> tilldelas resurser utifrån befolkningsbaserad modell. Administrativ stab fördelad på fyra kontor förhandlar med vården.
Dalarna	15 <i>lokala beställare</i> tilldelas resurser utifrån befolkningsbaserad modell. Kanslier som i en del fall är gemensamma förhandlar med vården.
Stockholm	9 <i>beställare på distriktsnivå</i> tilldelas resurser utifrån befolkningsbaserad modell. Administrativa staber förhandlar med vården.
Sörmland	Landstingsstyrelsen är <i>central beställare</i> . Administrativ stab förhandlar med vården.
Örebro	Landstingsstyrelsen är <i>central beställare</i> . Administrativ stab förhandlar med vården.
Östergötland	<i>Central beställare</i> i form av avtalsnämnder direkt under landstingsstyrelsen, varav tre avser hälso- och sjukvården. Gemensam administrativ stab förhandlar med vården.

Det finns också viktiga skillnader mellan landstingens lösningar. I några landsting – Bohus och Dalarna är exempel – prövas som framgår av tabell 3.1 beställare på lokal nivå. Varje beställares geografiska befolkningsansvar överensstämmer med de primärkommunala gränserna. På detta sätt menar ansvariga att man får en lokal demokratisk förankring av de beslut som fattas. Samtidigt underlättas samarbetet med kommunens förvaltningar (socialförvaltning,

skola, äldreomsorg m fl) och med försäkringskassan.

I andra landsting har beställaren placerats på landstingscentral nivå. I dessa landsting vill man undvika ett geografiskt uppdelat befolkningsansvar inom landstingsgränserna. Ett annat argument är att man vill komma ifrån "bypolitiken", och på det sättet ha möjligheter att finna samordningsvinster inom landstinget, samtidigt som beställaren blir mera kraftfull. Genom en central beställare menar man också att antalet kontrakt och överenskommelser kan minskas, och därmed också de administrativa kostnaderna. I Stockholm prövas beställarenheter på distriktsnivån. Denna nivå är för övrigt den vanligast angivna förbeställarna, om vi ser till de landsting som planerar att pröva principerna i framtiden.

De lösningar som nu prövas i landstingen innebär i huvudsak att politiker och administratörer skall ansvara för beställningar av vårdtjänsterna. Det gäller såväl primärvård som vård vid sjukhusen. Ett alternativ innebär att beställaransvaret delegeras till vårdens första led, till primärvården. En sådan princip baseras på antagandet att patienten själv kan bedöma när han eller hon behöver uppsöka en professionell vårdinrättning. Därefter bör företrädare för den medicinska professionen avgöra vilken typ av vård som patienten skall erbjudas, och vilken vårdnivå som är bäst lämpad att tillhandahålla denna vård. Dessa principer prövas nu som ett led i reformeringen av det brittiska NHS (National Health Services).

Med "The Thatcher White Paper", publicerat 1989, påbörjades vad som betraktats som den mest genomgripande förändringen i det nationella brittiska sjukvårdssystemets historia.³ En traditionell reursfördelning uppifrån och ner skulle successivt ersättas med beställarorganisationer och mera fristående sjukhus, så kallade trusts. På detta sätt hoppades den nya regimen komma tillrätta med de långa köerna till sjukhusen, och den ineffektivitet som sektorn antogs innesluta. Ett led i förändringen var att grupp-praktiker av allmänläkare, eller GPs (General practitioners), med minst 9 000 listade patienter kunde ansöka om att få ansvar för egen budget, inklusive ansvar och finansiella medel för att köpa viss specialistvård utanför den egna praktiken.

I det brittiska hälso- och sjukvårdssystemet har allmänläkarna traditionellt en central roll som husläkare. Man har ett starkt förtroende hos befolkningen. Allmänläkarna är egna företagare med listade patienter och arbetar vanligen i grupp-praktiker. Lokala offent-

liga organ anger regler för nyetableringar, samt upprättar kontrakt med och administrerar allmänläkarna. Starten av försöket med så kallade GP-fundholders omfattade 1 700 läkare fördelade på drygt 300 grupp-praktiker.⁴ Det är inte fråga om något obegränsat finansiellt ansvar för de listade patienterna. Betalningsansvaret omfattar exempelvis inte akut korttidsvård eller dyrbara behandlingar.⁵ Vid en total omläggning så att samtliga allmänläkare blev fundholders skulle detta innebära att ungefär 20–30 procent av sjukhusens kostnader betalades via allmänläkarna. Genom att begränsa det finansiella ansvaret kunde risken reduceras för de grupp-praktiker som deltog i försöket. Med ett obegränsat ansvar fanns risk för konkurs till följd av att exempelvis en enda av de listade patienterna var i behov av en extremt dyrbar behandling. Dessutom påtvingades inte allmänläkarna ett finansiellt ansvar för vård som de ändå inte hade möjlighet att styra.

Med husläkargrupper som budgetansvariga och grindvakter gentemot delar av sjukhusvården begränsas friheten för patienterna vad gäller val av vårdgivare. Med sådana principer måste varje patient årligen (eller för annan period) lista sig hos valfri husläkare eller husläkargrupp. Därefter avgör husläkarna i samråd med patienterna om och i så fall var och när sjukhusvård skall efterfrågas. Om inte patienterna är nöjda med husläkarnas beslut får man välja att låta lista sig hos någon annan. Det innebär reduceringar i jämförelse med de valmöjligheter som många svenska landsting i dag erbjuder invånarna. I de allra flesta landsting kan invånarna fritt välja vårdcentral och sjukhus, i många fall också i de kringliggande landstingen.⁶

Förändringar i såväl Sverige som inom brittiska NHS utgår från att beställarna i någon mån utgör en aktiv förhandlingspart. Alternativa lösningar att ransonera konsumtionen, som att patienterna betalar en större del av sjukvårdens kostnader i direkta avgifter eller att nationella prioriteringslistor upprättas, förefaller åtminstone på nuvarande grunder som mindre troliga framtidsscenarioer. Som framgått av redovisningen finns emellertid många olika sätt att organisera aktiva beställare. Med lokala beställare i form av särskilt tillsatta politiker och administratörer eller husläkargrupper, kan beställarnas förhandlingar helt utgå från målsättningen att folkhälsan på lokal nivå skall förbättras och utjämnas. Principen om lägsta effektiva omhändertagandenivå för patienterna kan bli styrande för

många beslut. Beställarna får en tydlig förhandlingsposition, men delvis på bekostnad av patienternas möjligheter att själva välja former för vård och omsorg.

Med större krav på valfrihet för patienterna förefaller det svårt att motivera inrättande av lokala beställare. Med en uttalad och reell valfrihet för patienterna blir i stället den regionala nivån den mest intressanta ur ett beställarperspektiv. En sådan utveckling kan också skönjas i t ex Skåne och Västsverige. Med ett regionalt perspektiv kan beställarna upphandla och godkänna vårdgivare och sedan erbjuda befolkningen ett "smörgåsbord" inom vilket man kan ges stora möjligheter att välja. Beställarna har därefter till uppgift att bevaka och följa tillämpade indikationsgränser, återinskrivningar, kvalitet m m samt föreslå förändringar i avtal och ersättningar. På så sätt kan beställaren åtminstone indirekt och genom incitament styra vad som görs i sjukvården och i vilka volymer.

Två exempel

Det ligger inte inom detta arbetes ramar att närmare analysera och värdera de olika alternativ vad gäller beställarorganisationer som berörts ovan. Alternativen är också många fler än vad redovisningen ovan antytt.⁷ Syftet med den fortsatta framställningen är mera avgränsat. *Det handlar om att göra troligt att vald beställarorganisation får betydelse för valet av lämpliga sätt att betala sjukhus och kliniker.* Det innebär omvänt att det blir meningslöst att lägga fast strategier för hur kontrakten med sjukhusen skall utformas innan den övergripande relationen mellan beställare, vårdproducenter och patienter klargjorts. Långsiktiga strategier i denna övergripande fråga är alltså av stor betydelse. Två exempel kommer att diskuteras där utgångspunkten är olika lösningar vad gäller patienternas valfrihet.

Det första exemplet utgår ifrån en begränsad valfrihet för patienterna där husläkargrupper (eller annan motsvarande primärvårdsorganisation) agerar som grindvakter gentemot åtminstone delar av sjukhusvården (jämför GP-fundholders). Det andra exemplet avser en uttalad och reell valfrihet för patienterna att vända sig till den vårdgivare man själv finner lämplig. Det bör betonas att exemplen är renodlade och i någon mening utgår ifrån ytterligheter. Ambitio-

nen är att på detta sätt tydliggöra de olika lösningarnas konsekvenser för sättet att betala sjukhus och kliniker.

Primärvårdsstyrd vård

Antag att det fria vårdsökandet för befolkningen reduceras till val av husläkare eller husläkargrupp. Det finns ett allmänt remisstväng till sjukhusvården. Antag vidare att husläkargrupperna har ett budgetansvar vad gäller vården vid sjukhusen. Här kan man naturligtvis tänka sig ett mer eller mindre omfattande ansvar. Låt oss anta att ansvaret avser all icke-akut vård där behandlingsskostnaderna understiger 50 000 kronor. För akut vård och dyrbara behandlingar ansvarar särskild regional beställare. Husläkargrupperna är därutöver skyldiga att finansiera all den vård som de listade patienterna kan tänkas behöva; oavsett om vården tillhandahålls av husläkarna själva, vid sjukhus eller någon annan vårdinrättning. Tilldelningen av resurser till husläkarna kan i huvudsak ske med utgångspunkt i en kapiteringsmodell; man får betalt med bestämt riskjusterat belopp för varje listad individ, eventuellt kompletterat med patientavgifter för varje besök. Dessa förutsättningar motsvarar i grova drag villkoren för GP-fundholders inom det brittiska NHS, och också de tankar som förts fram av expertgruppen inom HSU 2000 vad gäller en primärvårdsstyrd vård, där husläkarna kontrollerar delar av sjukhusens budget.⁸

Med denna primärvårdsstyrda modell agerar husläkarna som både finansiärer och beställare vad gäller efterfrågan på delar av sjukhusvården. Ansvaret för prioriteringarna blir till stor del samlat i vårdens första led. Det är också utifrån detta samlade ansvar som husläkarna kan förhandla med andra vårdgivare, däribland företrädare för olika specialiteter vid sjukhusen. I de mera befolkningstäta delarna av vårt land kan förutsättningarna för att etablera konkurrens mellan sjukhusen bli goda. Avstånden mellan sjukhusen är små. Dessutom kan husläkarna med hänsyn till de rent professionella kunskaperna på sikt bli en välinformerad part vid förhandlingsbordet. Principer för hur husläkarna skall betala sjukhusen för utförda prestationer kan därmed helt göras till en *förhandlingsfråga* mellan husläkarna och sjukhusens specialister (se tabell 3.2). Det finns ingen anledning för politiker att försöka styra vilka principer som tillämpas. Man kan tänka sig flera alternativ.

En lösning är att sjukhusen ersätts enligt specificerade patientfakturer för de åtgärder som vidtagits. Varje insats i form av vårddagar, diagnostik, behandlingar etc måste då prissättas. Det motsvarar den Fee-For-Service (FFS) princip som traditionellt har tillämpats inom sjukvården i USA. I USA har principen lett till problem i form av snabba kostnadsökningar, bland annat eftersom finansierarna i form av försäkringsbolag och arbetsgivare varit alltför svaga beställare.⁹ Det har inte funnits någon som helst anledning för vårdproducenterna att spara på insatserna vad gäller exempelvis dyrbar och omfattande diagnostik. Med husläkare som aktiva förhandlingsparter och beställare finns förutsättningar att till en del motverka dessa incitament. Om onödigt mycket och/eller dyra insatser sätts in vid vårdtillfällen och besök förutsätts att husläkarna är kompetenta nog att påpeka detta, och att man i värsta fall kan vända sig till något annat sjukhus.

Ett annat alternativ är att husläkarna och sjukhusen på förhand (prospektivt) kommer överens om fasta priser för olika vårdtillfällen, där exempelvis DRG-systemet skulle kunna ligga till grund för beskrivningen av prestationerna inom den slutna vården. Med sådana principer finns inte några incitament från sjukhusens sida att maximera diagnostiska och vårdande insatser, snarare tvärtom. Uppföljningen från husläkarnas sida underlättas. En sådan lösning kan därför vara särskilt lämplig inom områden där de praktiska möjligheterna att välja mellan flera vårdproducenter är begränsade. Med få eller inga alternativ kan sjukhusen annars få alltför stora möjligheter att överföra sin ineffektivitet på husläkarna, genom alltför höga ersättningsanspråk. Husläkarna kan också tänkas vilja teckna fasta överenskommelser för hela eller delar av vårdbehovet med betalning enligt abonnemang för bestämd tidsperiod. Så kan exempelvis vara fallet vid långsiktiga bilaterala överenskommelser mellan husläkare och sjukhus, där fel och brister i en period kan korrigeras vid förhandlingar inför nästkommande period.

Resonemanget ovan utgår ifrån antagandet att det finns praktiska förutsättningar för en etablering av någon form av konkurrens mellan sjukhus/kliniker. Förutsättningarna varierar här mellan olika verksamheter och geografiska områden. Allmänt sett är förutsättningarna goda för planerad diagnostik och vård, och det är denna del av hälso- och sjukvården som behandlats i exemplet ovan. För högspecialiserad planerad vård, såsom hjärtkirurgi och transplanta-

Tabell 3.2 Primärvårdsstyrd sjukvård och ersättning från husläkarna till sjukhus och kliniker

Förutsättningar

Fria periodvisa val av husläkare för patienterna. Husläkare avgör i samråd med patienterna när och var sjukhusvård skall sökas. Husläkare är betalningsansvarig för all planerad vård där behandlingskosten understiger visst belopp.

Betalningsform

Ersättningen från husläkare till sjukhus och kliniker blir en förhandlingsfråga mellan husläkarna och sjukhusens företrädare.

tioner, råder i princip en regional, nationell eller i vissa fall internationell marknad. I de fall sådan sjukvård inte omfattas av husläkarnas betalningsansvar – och det finns starka skäl för att så inte skall vara fallet – kan den regionala beställaren av dyrbara behandlingar agera enligt samma principer som husläkarna själva.

För akut verksamhet råder andra förutsättningar. Det finns i många fall små praktiska möjligheter att i det enskilda fallet välja mellan alternativa vårdgivare. Akuta fall hamnar naturligt på det närmast belägna sjukhuset. För att upprätthålla hög kvalitet kan det också finnas anledning att koncentrera exempelvis traumavården till särskilda centra. För den regionala beställaren gäller här att upphandla vård från sjukhus som kan ta ansvar för visst upptagningsområde, snarare än för tillhandahållande av enskilda vårdtjänster. Möjligheterna att konkurrensutsätta verksamheten begränsas till entreprenadlösningar med anbud.

Sådana entreprenadkontrakt kan avse totalansvar för hela verksamheten, men också mera begränsat management-ansvar. I det senare exemplet kan beställarna (eller tredje part) stå som ägare av produktionsresurserna, och därmed för delar av verksamhetens risk. I båda fallen är det bilaterala förhandlingar och överenskommelser som utgör den huvudsakliga styrningen från beställarens sida. Ersättningen kan utgå i klumpsumma eller per enskilda prestationer. Ersättning baserad på insatser enligt fee-for-service-principen torde vara ett mindre bra alternativ. Med en sådan lösning finns stora möjligheter för sjukhusen att agera för en expansion, och dessutom får man större möjligheter att överföra sin ineffektivitet på den regionala beställaren.

Med principer enligt ovan får ersättningen till varje sjukhus en blandad karaktär där såväl husläkare som den regionala beställaren (eller motsvarande) utgör finansiärer. Ersättningarna blir dessutom avpassade till varje verksamhets egna förutsättningar, vilket naturligtvis principiellt sett är tilltalande. Men det finns också nackdelar med en sådan lösning. Sett utifrån ett sjukhus perspektiv kan det bli administrativt besvärligt och därmed kostsamt att hantera de olika finansiärerna. Det gäller särskilt i de fall husläkargrupperna är många och ställer olika krav vad gäller kontraktsformerna.

En primärvårdsstyrd vård med husläkare som kontrollerar delar av sjukhusens resurser har liksom varje alternativ sjukvårdsmodell både för- och nackdelar. Det gäller både utifrån patienternas perspektiv och utifrån en medicinsk och ekonomisk bedömning. Dessa för- och nackdelar skall inte penetreras i föreliggande bok.¹⁰ Analytiskt har dock visats att denna modell ger *förutsättningar för priskonkurrens* mellan sjukhus/kliniker. Detta genom att besluten om var och när specialistvård skall sökas ytterst är samlade hos en och samma part, nämligen beställaren. Val av betalningsform och själva pris-sättningen blir därmed *inte* en fråga för sjukvårdspolitikerna.

Valfrihet för patienterna

En viktig aspekt med tanke på nuvarande utvecklingslinjer i svensk sjukvård är att den primärvårdsstyrda vården (såsom den tolkats ovan) leder till att patienternas frihet att själv välja sjukhus blir begränsad. Antag att en sådan begränsning inte accepteras. Antag i stället att ett principbeslut fattas som innebär att varje invånare själv ges stor frihet att välja vilken husläkare och specialist man vill vända sig till. Det finns inget remisstvång till sjukhusen. Eventuell listning i husläkarsystem hindrar inte patienterna från att vända sig direkt till sjukhusens mottagningar eller någon annan vårdgivare. Sådana val får inte heller några konsekvenser för patientavgifterna, som bibehålls på en låg nivå. Dessa principer ligger inte så långt borta ifrån de lösningar som i dag gäller i flera landsting. Med en sådan lösning är finansiären (beställaren) och den som avgör var vården skall konsumeras (patienten) inte en och samma part. Varje vårdtillfälle och läkarbesök hos specialister eller vid sjukhus finansieras av beställare med mera begränsade förutsättningar att agera som aktiva förhandlare gentemot enskilda vårdgivare. Det är i sista hand ändå pa-

tienterna som med sina val avgör vem som skall få pengarna.

Med sådana villkor förändras handlingsutrymmet vad gäller lämpliga sätt att betala sjukhus och kliniker. *I princip finns inte några förutsättningar för priskonkurrens.* Det gäller oavsett de verksamhetsmässiga och geografiska förutsättningarna. Förklaringen är att den som beslutar om vårdtillfället (dvs patienten) inte själv står för den direkta betalningen. Vi kan återigen pröva resonemanget i en något mindre komplicerad bransch, restaurangnäringen. Offentlig finansiering med låga och enhetliga besöksavgifter skulle innebära att vi som restaurangbesökare fick välja restaurang efter eget tycke och smak, allt till en fast besöksavgift på, säg 100 kronor. De flesta av oss väljer troligtvis de allra flottaste restaurangerna med de finaste vinternerna och vitaste dukarna, notan skickas ju ändå till tredje part! Konsekvenserna blir att konkurrensen pressar restaurangerna till allt högre kvalitet och allt bättre tillgänglighet – med stigande totalkostnader för samhället som följd.

Överfört till sjukvården innebär samma principer att patienterna förmodligen väljer den vårdgivare som satsat mest resurser på att förbättra kvalitet och tillgänglighet. Det blir också viktigt för vårdgivarna att locka till sig duktiga läkare och att kunna uppvisa en hög standard vad gäller lokaler och utrustning. Följden kan förvisso bli en bra vård vad avser kvalitet och tillgänglighet. Risken är dock påtaglig för att kostnaderna skjuter i höjden på samma sätt som varit fallet i "fee-for-service-sektorn" inom amerikansk sjukvård.

Man kan naturligtvis hävda att riskerna är betydligt lägre med valfrihet inom en planekonomiskt styrd och offentligt producerad sjukvård. Så kan vara fallet, men konsekvenserna blir i så fall att den planekonomiska styrningen av sjukhus och andra vårdproducenter till stor del måste bibehållas. Detta skapar i sin tur trögheter avseende den omfördelning av resurser – i enlighet med patienternas val – som i sig är ett viktigt incitament för att valfriheten skall få någon långsiktig effekt på vårdproducenternas agerande. I stället för problem med kostnadskontrollen skapas problem med ojämnt utnyttjande av kapaciteten. På sikt kan en valfrihet enligt ovan också ge skevheter i sjukhusens resursanvändning. Man försämrar successivt verksamheten inom områden som "inte syns" för patienten, och satsar i stället pengarna på sådant som kan vara av betydelse för att attrahera nya patienter. Tillgänglighet och omsorgskvalitet blir viktigare än den medicinska kvaliteten.

Ovanstående innebär inte att valfrihet för patienterna är något negativt. Fullständig valfrihet, med nuvarande patientavgifter och betalning enligt löpande räkning till fristående vårdproducenter, framstår emellertid som utopiskt. För att komma tillrätta med problemet ställs krav på någon form av begränsning i valfriheten, alternativt att valfriheten prissätts. En form av begränsning, som tidigare lyfts fram, kan vara att patienterna ges möjligheter att välja inom ett smörgåsbord av vårdproducenter som upphandlats och därmed godkänts av regional beställare. Ersättning kan utgå i form av *fasta och konkurrensneutrala ersättningar*, som knyts till varje vårdtillfälle så att betalningen kan följa patienternas val (se tabell 3.3). Vidare krävs en uppföljning och ett kravställande från beställarens sida så att den medicinska kvaliteten upprätthålls. Därefter kan vårdgivarna konkurrera om patienterna och de intäkter dessa genererar, med god tillgänglighet och kvalitet som viktiga konkurrensmedel.

Skilda sjukhus arbetar med olika åtaganden och utifrån olika förutsättningar. Det är exempelvis stor skillnad mellan ett regionsjukhus och ett länsdelssjukhus. Regionsjukhuset producerar inte enbart basal specialistvård till närområdet, utan tillhandahåller också högspecialiserad vård, och skall dessutom i förekommande fall bidra med forskning och utveckling av nya metoder samt ansvara för bland annat läkarnas grund- och forskarutbildning i samarbete med universiteten. Det kan också finnas skillnader mellan sjukhus av samma typ. Förutsättningarna för glesbygdens sjukhus är exempelvis andra än storstadens. Sådana skillnader talar för att ersättningarna i viss mån måste differentieras för att bli konkurrensneutrala. Så kan ske antingen genom att ersättningen för samma behandling varierar beroende på sjukhustyp, eller att särskilda åtaganden och verksamheter som inte har någon direkt koppling till volymen vård (t ex forskning och undervisning vid regionsjukhusen) betalas separat.

Som visats ovan innebär valfrihet för patienterna, med låga patientavgifter och betalning från tredje part, att förutsättningarna avseende lämpliga sätt att betala sjukhus och kliniker drastiskt förändras. Det finns inte längre några förutsättningar för priskonkurrens. Priserna blir i stället administrerade, dvs de måste bestämmas på administrativ väg snarare än i förhandlingar och fria byten mellan parter på en marknad. Det är utifrån ekonomisk utgångspunkt en stor skillnad jämfört med prissättningen i tidigare exempel med en

Tabell 3.3 Fritt vårdsökande, tredjepartsfinansiering och sjukhusens ersättningar

Förutsättningar

Fritt vårdsökande för patienterna. Sjukhus och kliniker konkurrerar om intäkter som patienterna genererar genom tredje part.

Betalningsform

- Fasta konkurrensneutrala ersättningar (administrerade priser) som är knutna till vårdtillfällen och besök.
 - Skillnader mellan sjukhus vad gäller åtagande och förutsättningar finansieras enligt särskild överenskommelse.
-

primärvårdsstyrd modell (tabell 3.2). Med regional valfrihet blir det beställare på regional nivå som beslutar om betalningsformerna, och också om de ersättningar som skall utgå för olika prestationer.

Mycket talar för att skillnader i ersättningarna måste accepteras när administrerade prissystem införs, åtminstone under en övergångsperiod. Resultatet av enhetliga ersättningar kan annars bli att sjukhus med initialt höga kostnader omöjligt kan klara omställningen – med stora underskott som följd – samtidigt som andra sjukhus genererar stora överskott. För beställarna torde i så fall det samlade resultatet på kort sikt bli ökande kostnader. Samtidigt är det enbart en del av sjukhusen – de med initialt högre kostnader än fastställd ersättningsnivå – som får anledning att försöka förbättra kostnadseffektiviteten.¹¹

En lösning enligt tabell 3.3 beaktar enbart till en del kraven på kontroll över vad som görs i vården och i vilka volymer. Ett fritt vårdsökande kräver därför kompletterande insatser i form av revisioner från beställarens sida vad gäller tillämpade indikationsgränser, vårdprogram, återinskrivningar m m. Med en tydlig uppföljning finns bättre förutsättningar att åtminstone indirekt styra vårdens volym och innehåll. Att lägga en större del av ansvaret direkt på konsumenterna genom högre patientavgifter kan också motverka kostnadsökningar. Sådana åtgärder har dock främst en effekt på antalet besök och inskrivningar, och påverkar inte de insatser som görs när väl vårdtillfället eller besöket aktualiserats.¹² Högre avgifter utgör snarare ett komplement än ett alternativ till revisioner och annan typ av uppföljning från beställarens sida.

Som konsekvens av att beslut om ersättningsprinciper och ersättningsnivåer lyfts till regional administrativ nivå, flyttas också en del

av makten från professionella företrädare till politiker och administratörer. Sjukvårdspolitikerna har inte enbart att ta ställning till vilka grunder som skall tillämpas för kontrakt och ersättningar, hur ersättningsnivåer initialt skall bestämmas och hur ersättningarna därefter skall justeras i takt med allmänna prisförändringar. Principer och ersättningsnivåer måste också successivt anpassas till teknologiska innovationer och medicinska framsteg. *Det finns all anledning att samla beställarkompetensen så att kvalitet i besluten kan upprätthållas, och så att de administrativa kostnaderna inte blir för stora.*

Kontrakt och valfrihet

Om vi ser till nuvarande utvecklingslinjer i den svenska hälso- och sjukvården står kontrakt mellan beställare och vårdproducenter till viss del i motsats till utvecklingen mot ökade möjligheter för den enskilde att fritt välja vårdgivare. Landstingen försöker på sätt och vis att införa båda de modeller som behandlats ovan. Å ena sidan vill man på flera håll etablera kraftfulla lokala beställare med befolkningsansvar, och å andra sidan vill man utöka valmöjligheterna för patienterna. Så länge patienterna har begränsade praktiska möjligheter att välja, eller så länge patienterna väljer i överensstämmelse med beställarnas kontrakt, finns inga problem. Problem uppstår emellertid i den stund patienterna väljer, eller skulle vilja välja, andra vårdgivare än de som beställaren har kontrakt med. Problemet kan inte avfärdas med att befolkningen i nuläget inte utnyttjar sina nyvunna möjligheter att välja i så stor utsträckning. Med bättre information om valmöjligheterna kan effekterna inom åtminstone delar av hälso- och sjukvården bli stora.¹³ Om en sådan situation uppstår kommer de lokala beställarnas förhandlingsposition att försvagas till en nivå som innebär att det blir svårt att försvara deras existens.

En del debattörer har varnat för en utveckling mot beställarenheter, som man menar ger alltför stor makt åt sjukvårdens administratörer.¹⁴ I stället, menar man, bör patienternas ställning stärkas genom utökad valfrihet där kontrakt från politiker och administratörer inte lägger några byråkratiska hinder i vägen för patient-läkarrelationen. Ett snabbt svep över förändringar i landstingen leder

också till slutsatsen att invånarna i dag har stora formella möjligheter att välja vårdcentral och sjukhus.

Effekterna av de ökade valmöjligheterna i termer av ändrade konsumtionsvanor är på de flesta håll marginella, med några viktiga undantag. Från flera landsting och sjukhus rapporteras dock om en förändrad attityd till patienterna. Hotet om att patienterna skall gå till någon annan – och ta pengarna med sig! – har tydligen varit tillräckligt för att få en förändring till stånd. Denna effekt överensstämmer i så fall helt med teorin – det är i många fall hotet om att någon annan skall ta över verksamheten, snarare än antalet faktiska alternativ, som ger effekter på producenternas ageranden.¹⁵

Mellan de fem *västsvenska landstingen* finns ett långtgående samarbete om utökade valmöjligheter. Som resultat av de nya förutsättningarna har patienterna i större utsträckning sökt sig till vårdutbudet i och kring Göteborg. På så sätt har valfriheten också skapat vinnare och förlorare bland landstingen, eftersom pengarna skall följa individernas val. Vinnare är sjukhusen i Göteborg, framför allt Sahlgrenska och Mölndal. Förlorare är Halland och Älvsborg, vars norra respektive västra delar ligger i Göteborgs närområde.

Patientströmmarna i Västsverige har också lett till ett förändrat beteende hos berörda sjukhus. I korthet handlar det om att göra patienterna uppmärksamma på det egna sjukhuset, och att förbättra tillgänglighet och kvalitet. Flera sjukhus har marknadsfört sig mot presumtiva patienter, och enligt åtminstone några bedömare har "ingenjörsmantiken" blomstrat – ny utrustning gör sig bra i information och press. Många detaljer pekar också på de förändrade attityderna. Vid Mölndals sjukhus är det nu patienterna som får parkera sina bilar närmast sjukhuset – tidigare var det personalen.

Även i *Stockholm* har valmöjligheterna utökats, men effekterna är inte lika stora som i Västsverige, och problemen är inte av samma karaktär. Det senare beror kanske framför allt på att sjukhusen tillhör ett och samma landsting. Det är således inte fråga om att pengar skall betalas till något annat landsting till följd av patientströmmarna. Några sjukhus har förlorat patienter när de tidigare upptagningsområdena avskaffats. Liksom i Västsverige tycks det främst bero på att de tidigare gränserna inte helt motsvarande befolkningens närhet till sjukhus. Som följd av valfriheten har man alltså faktiskt kunnat välja det närmaste sjukhuset, vars upptagningsområde man tidigare inte tillhörde.

Det finns också exempel på att befolkningen i Stockholm väljer utifrån andra grunder än närhet. Inom förlossningsvården har man fritt kunnat välja sjukhus sedan 1989. De ökade valmöjligheterna inom detta område fick snabbt effekter. På något sjukhus fick man stänga en avdelning, och vid andra ändrade man rutinerna.¹⁶ I dag är valfriheten inom förlossningsvården väl organiserad, med olika profiler på sjukhusen och med bussrundturer och informationsträffar som skall underlätta de blivande mammornas och pappornas val.

Den valfrihet som så här långt debatterats i svensk sjukvård har till stor del handlat om utökade möjligheter i termer av val mellan vårdgivare. Denna valfrihet kan leda till konkurrens om patienterna; åtminstone i kombination med principen att pengarna skall följa patienternas val. Valfrihet enligt denna modell leder dock till en specifik typ av konkurrens där god tillgänglighet och en hög kvalitet blir viktiga konkurrensmedel för vårdgivarna. På så sätt kan vårdens innehåll på sikt förbättras. Det finns emellertid ingenting som säger att kostnaderna skulle minska. Utan uppföljning och kontroll finns som redan diskuterats risk för att totalkostnaderna stiger.

Med aktiva beställare som förhandlar med varje enskild vårdgivare kommer förmodligen andra konkurrensmedel att fokuseras. God tillgänglighet och kvalitet blir förhoppningsvis viktigt även med dessa förutsättningar. Men också kostnadseffektiviteten kommer att stå i centrum. Krav på inflytande från enskilda patienters sida kanske snarare upplevs som ett problem ur beställarnas synvinkel än som en viktig målsättning att beakta. Med aktiva beställare kan säkert kostnaderna pressas till en lägre nivå. Risken är att patienternas valfrihet och krav på inflytande sätts på undantag.

Går det då att förena utvecklingen mot beställarenheter med kraven på ökade valmöjligheter för patienterna? Är det möjligt att skapa ett system där såväl beställarnas krav på kostnadseffektivitet som patienternas krav på inflytande, kvalitet och tillgänglighet kan tillgodoses? Frågan är kanske inte om, utan hur. Varje lösning har att beakta de olika intressenternas målsättningar, och att en acceptabel balans mellan dessa uppnås. För svenskt vidkommande är det knappast fråga om ett val mellan ytterligheter. Med utgångspunkt i nuvarande valmöjligheter för befolkningen torde det vara mest effektivt att organisera beställarna på regional nivå. Det skulle innebära att Skåne, Västsverige och Stockholm får var sin beställare.

Dessa beställare kan sedan få till uppgift att upphandla och godkänna ett regionalt utbud av vårdtjänster. Inom detta smörgåsbord kan sedan patienterna ges stora möjligheter att välja. Med en samlad kompetens kan beställarna också svara upp mot kraven på spridning av information samt uppföljning och revision, bland annat av de tillämpade ersättningsystemen. Om en sådan lösning kan utgöra en god balansering mellan de olika intressenternas krav, och hur många regionerna i så fall skall vara, får framtida försök och debatt utvisa.

Noter

¹ Enligt uppgifter från landstingen själva i Landstingsförbundet (1992).

² Anell & Svarvar (1993).

³ Department of Health (1989).

⁴ Glennerster et al (1992).

⁵ Gränsen för betalningsansvar är 5 000 pund per patient.

⁶ Se Anell & Svarvar (1993).

⁷ Se i stället SOU (1993:38) för diskussion kring primärvårdsstyrd vård och regional försäkringsmodell.

⁸ Se s 136–139 i SOU (1993:38).

⁹ Se Robinson & Luft (1987).

¹⁰ Se i stället resonemang om primärvårdsstyrd vård i SOU (1993:38).

¹¹ För diskussion kring olika strategier och erfarenheter från införandet av DRG-baserad ersättning för Medicare-patienter i USA, se Coulam & Gaumer (1991).

¹² Se t ex Pauly (1986).

¹³ Saltman (1992).

¹⁴ Se t ex Saltman (1992) eller "Patienternas valfrihet", ledare i *Överläkaren* nr 5/92.

¹⁵ Baumol et al (1982).

¹⁶ Uppgifterna är hämtade från Saltman (1992).

4. Olika sätt att betala sjukhus

I detta kapitel analyseras olika sätt att betala sjukhus och kliniker, mot bakgrund av rådande utvecklingslinjer i den svenska hälso- och sjukvården. I den traditionella budgetstyrda hälso- och sjukvården har mer eller mindre fasta anslag bestämt de ekonomiska premisserna för olika organisatoriska enheter. Landstingen har något förenklat dels fått bidrag från staten, dels hämtat pengar direkt från befolkningen genom skatt och avgifter. Dessa pengar har sedan fördelats på olika verksamhetsområden och på geografiska distrikt. På distriktsnivån har pengarna fördelats vidare ut på enskilda kliniker, vårdcentraler och serviceenheter. Det har inte funnits några egentliga incitament att försöka uppnå en hög produktivitet och effektivitet, sett till de administrativa systemen.¹ Information om prestationerna, deras kostnader och kvalitet har i regel saknats. De implicita kontraktsformerna gentemot vårdproducenterna har i stort sett utgått ifrån budskapet "gör det mesta och bästa möjliga, inom angiven resursram".

Som följd av den dåliga kopplingen mellan verksamhet och ekonomi har det ofta varit svårt att bedöma orsaker till budgetavvikelser. Överskridanden kan förklaras av att man inte utnyttjat resurserna på bästa sätt, att man varit ineffektiv, men också av en större vård efterfrågan än de vanligtvis implicita antaganden som budgeten baserats på. På samma sätt kan underskridanden (av tilldelade anslag) förklaras av en duktig klinikchef, som med hjälp av sin personal utnyttjat resurserna på bästa sätt, men också av att samma klinikchef inte uppfyllt sina åtaganden och skyldigheter, alternativt att vårdvolymen inte blev som man tänkt sig när budgeten fastställdes. Traditionellt har det heller inte funnits någon anledning att inte förbruka hela budgeten, eftersom man då riskerat att pengarna tillfaller någon annan eller att budgeten för nästa år skrivs ned.

Internt inom en organisation kan risken för skeva incitament till följd av fasta budgetar motverkas av direktiv och uppföljning av verksamhetens resultat. Om problem uppstår går det alltid i efterhand att korrigera genom krav på anpassning till förändrade förutsättningar. Om ambitionerna är att separera ansvaret för att beställa och producera vård ändras villkoren. Beställarna kan inte längre såsom överordnade chefer i linje kräva anpassning och följsamhet gentemot successiva beslut, med hänvisning till att vårdproducenterna redan tilldelats resurser. I stället har beställaren att ersätta vårdproducenterna för på förhand bestämda prestationer och åtaganden. Om beställaren i efterhand inte är nöjd med den överenskommelse man förhandlat fram kan man begära omförhandlingar, men man kan inte utan vidare ställa krav på anpassning. Denna förändring i villkoren har självklart stor betydelse, och då inte minst vad gäller kraven på lämpliga betalningsformer. Ekonomin och verksamhetens innehåll måste på ett bättre sätt än tidigare integreras.

Vem skall man betala?

En första viktig fråga vid utveckling av ersättningssystem är hur vårdproducenterna skall definieras. Det är inte givet att nuvarande indelning i administrativa nivåer och organisatoriska enheter i den svenska hälso- och sjukvården är väl avpassad för en långtgående delegering av ansvar och befogenheter till mera fristående producenter. Exempelvis tycks sjukhusbegreppet på många håll vara bortglömt; åtminstone om man ser till den administrativa hierarkin. På många håll är det fortfarande praxis att landstingen indelas i sjukvårdsdistrikt som omfattar alla hälso- och sjukvårdsresurser inom ett geografiskt upptagningsområde. Dessa distrikt består i sin tur av så kallade basenheter varav en del kan avse akut somatisk vård och diagnostiska specialiteter medan andra avser geriatrisk vård, psykiatrisk vård, vårdcentraler eller allmän service.

Den administrativa indelningen i basenheter och geografiska distrikt återspeglar det planekonomiska tänkande som länge varit förhärskande. Utifrån definierade upptagningsområden har "marknaden" i form av befolkningsunderlaget fördelats mellan distrikt och

vårdnivåer. En effekt av denna process är att gränserna för vad som i någon mån kan betraktas som oberoende producenter (typ sjukhus) blivit otydliga eller helt försvunnit. Vårdresurserna har klumpats samman och satts under en gemensam geografisk ledning bestående av, i toppen, politiker.

Med separerade roller är det väsentligt att man kan skapa en identitet för de fristående vårdgivarna. Det är med utgångspunkt i ovanstående resonemang inte samma sak som att varje distrikt eller varje basenhet kan eller bör göras till ett eget litet "företag". Mera troligt är att nuvarande geografiskt baserade organisation måste omprövas till förmån för en mera pluralistisk struktur där producentrollerna renodlats. Hur denna struktur skall se ut varierar säkert i olika delar av landet beroende på förutsättningarna. Något generellt svar på frågan kommer åtminstone inte att sökas i denna bok. Två frågor av central betydelse i sammanhanget skall dock beröras. Den första frågan avser om det är enskilda kliniker eller sjukhus som bör vara beställarnas motpart, och således erhålla betalningen. Den andra frågan avser läkarnas ersättningar och huruvida denna, såsom sker i en del andra länder, bör hanteras separat från ersättningen till sjukhusen.

Enskilda kliniker som resultatenheter

En stor del av de senaste årens förnyelsearbete i svensk hälso- och sjukvård har varit koncentrerad till distriktsnivån. Vid inte minst de större sjukvårdsdistrikten har funnits långtgående ambitioner att ombilda basenheter till så kallade resultatenheter. Medicinska och allmänna serviceenheter skall inte längre få någon budget från sjukhusledningen utan i stället sälja tjänster till kliniker och vårdcentraler. På så sätt skall både kostnader och (interna) intäkter göras synliga hos serviceenheterna, varpå ett samlat ekonomiskt resultat kan redovisas. Förhoppningen från ansvariga är att man på detta sätt dels gör kostnaderna synliga för beslutsfattare inom kliniker och vårdcentraler, dels att man genom resultatmätningen skapar incitament till ökad produktivitet inom serviceenheterna.

Inom flera sjukvårdsdistrikt pågår förändringar som syftar till att ombilda även klinikerna till resultatenheter, och då med den egna sjukhusledningen som intern beställare. I de landsting där någon form av beställarorganisation prövas är det vanligen sjukhuset ge-

mensamt som är den kontraktsslutande parten. Undantag är Dalarna där beställarna förhandlar och sluter överenskommelser med varje klinik. I flera andra landsting finns emellertid viss tveksamhet om huruvida det är sjukhuset eller kliniken som skall ses som den oberoende vårdgivaren, och hur ansvar och befogenheter skall fördelas mellan dessa nivåer. Det gäller inte minst många av de större sjukhusen, där kliniker inte sällan är stora organisationer med 200–300 anställda.

Sett till verksamhetens förutsättningar kan noteras att det finns begränsningar i den handlingsfrihet som kan delegeras internt inom ett sjukhus. Förklaringen ligger i det beroende och krav på samarbete som finns dels mellan klinikerna, dels mellan klinikerna och de diagnostiska specialiteterna. Beroenden skall inte överbetonas – en del kliniker och servicespecialiteter kan säkert avknoppas till fristående producenter – men heller inte underskattas. Om det *inte* fanns något beroende mellan kärnverksamheterna skulle det inte finnas någon anledning att samla kliniker och serviceenheter inom det vi kallar sjukhus! En alltför stark fokusering på att resultatstyra enskilda kliniker kan därmed leda till suboptimeringar. Man framtvingar ett agerande utifrån i första hand den egna klinikkens intressen, även i de fall detta får negativa konsekvenser för sjukhuset som helhet och t ex för möjligheterna att utveckla vårdprogram. Förutsättningarna för att ge patienterna en bra vård försämras.

Risken för suboptimeringar är inte detsamma som att resultatenheter är en dålig styrform för kliniker. Poängen i resonemanget är snarare att det finns begränsningar avseende den handlingsfrihet som kan delegeras till flera av kärnverksamheterna. En hård resultatstyrning för dessa verksamheter måste kringgärdas av ett omfattande regelverk för samverkan, och det är knappast troligt att ett sådant regelverk uppfattas som något positivt. Att tillämpa en mjukare form av resultatstyrning, i kombination med ett gott ledarskap, kan i många fall vara en bättre strategi. Detta innebär i sin tur att sjukhusen bör lyftas fram som den part som sluter kontrakt med beställaren.

Frågan om till vilken nivå ersättningarna skall knytas är viktig också i ett mera långsiktigt perspektiv. Om ersättningen knyts till små enskilda kliniker finns risk för att nuvarande vårdstruktur konserveras eller åtminstone blir svårare att ändra. Denna aspekt är viktig inte minst då hälso- och sjukvården kännetecknas av snabb tek-

nologisk utveckling. I många fall får den teknologiska utvecklingen också organisatoriska konsekvenser. Utvecklingen inom kirurgin, där nya läkemedel ersätter operationer och där verksamheter överförs från slutna till öppna vårdformer, är endast ett exempel.

För att underlätta en dynamisk utveckling mot nya vård- och organisationsformer är det viktigt att sjukhusens incitamentsstruktur medger och stimulerar experiment i kontrollerade former. Även utifrån ett dynamiskt perspektiv är det därmed i första hand sjukhuset som bör vara föremål för konkurrens och betalning enligt kontrakt. Utvecklingen vad gäller interna styrformer för kliniker och serviceenheter kan helt delegeras till ansvariga vid respektive sjukhus. Det finns ingen anledning att göra denna utformning till en fråga för beställare eller politiker. Resultatenhet är en styrform jämte andra, såsom traditionell kostnadsbudget och entreprenad, och dess lämplighet måste avgöras utifrån varje verksamhets egna förutsättningar.

Läkarnas ersättning

En annan viktig fråga, som också har att göra med hur vårdproducenterna definieras, är huruvida läkarnas insatser skall ersättas separat. I den svenska hälso- och sjukvården är läkarna i allmänhet anställda med fast lön. Det gäller inom både den öppna och den slutna vården. Tidigare har andra lösningar tillämpats. Innan 7-kronors-reformen infördes ansvarade till stor del läkare i privat regi för sjukhusens öppna vård. Ersättningen baserades på antalet prestationer.

Det kan naturligtvis tyckas märkligt att bryta ut en enskild insatsfaktor och ersätta särskilt för denna, men principen tillämpas i många andra länder, särskilt vad gäller läkare i öppen vård. I länder med privata allmänläkare erhåller exempelvis läkarna ersättningen baserat på antalet besök (t ex Tyskland), per listad patient (t ex Holland) eller kombinationer av dessa principer (t ex Danmark och England) beroende på systemens uppbyggnad.² Vad gäller sjukhus finns inom den amerikanska sjukvården en flora av olika alternativ. Den vanligaste lösningen är att läkarna arbetar som egna företagare, med rätt att skriva in patienterna vid sjukhus och med ersättning för de insatser och åtgärder som utförs enligt fee-for-service.

Det är möjligt att också svenska läkare bör erhålla en större del av sin privatekonomiska ersättning med utgångspunkt i de faktiska prestationerna. Så kan ske antingen genom att ersättningarna helt

reformerar eller genom att nuvarande fasta lön i större utsträckning kompletteras med någon form av prestationsbaserad bonus. Det är dock knappast en fråga som en övergripande finansiär och beställare är bäst skickad att besvara. Denna fråga kan i stället med fördel delegeras till vårdproducenterna att lösa, och då utifrån de egna förutsättningarna och i förhandling med läkarna. Med en sådan princip kan lösningarna dessutom anpassas till lokala förutsättningar. Med särskild ersättning för läkarna från en övergripande finansiär och beställare, finns inga möjligheter till sådana anpassningar. Därtill finns skäl att tro att de administrativa kostnaderna skulle öka genom att det kommer att ställas krav på kontinuerlig anpassning av ersättningsystemen och uppföljning av dess effekter.

Olika betalningsformer

Det finns flera olika sätt att betala sjukhus och kliniker för de tjänster som tillhandahålls (se tabell 4.1). Val mellan dessa lösningar innebär (medvetet eller omedvetet) att förutsättningarna för vårdproducenternas tänkande och handlande påverkas. Sättet att betala vården är därmed en del i den incitamentsstruktur som på längre sikt förklarar verksamhetens struktur och innehåll.³ Viktiga kriterier för bedömning av de olika lösningarna är i vilken utsträckning de medför incitament som kan bidra till en hög produktivitet och effektivitet samt är praktiskt användbara.⁴

Tabell 4.1 Olika sätt att betala sjukhus och kliniker

-
- Budget per kostnadsslag.
 - Rambudget (globalt eller per klinik).
 - Populationsbaserad budget.
 - Betalning per vårddag och besök.
 - Betalning per utförd åtgärd.
 - Betalning per behandlad patient (t ex DRG).
 - Betalning relaterad till vårdresultat.
-

Källa: Efter Jönsson, B., "Styrd konkurrens inom hälso- och sjukvården", i Arvidsson, G. & Jönsson, B. (1991), *Valfrihet och konkurrens i sjukvården*, SNS Förlag, Stockholm.

En enkel lösning är att ersätta vårdproducenterna med utgångspunkt i en *budget för olika kostnadsslag*, eventuellt i direkt överensstämmelse med redovisningen. I svensk hälso- och sjukvård specificerade tidigare de centrala landstingsledningarna sjukhusens budgetar på detta sätt. I takt med decentraliseringen under 1980-talet minskade emellertid budgetens detaljeringsgrad till förmån för *rambudgeteringens principer*. En budget per kostnadsslag uppfattades som alltför byråkratisk, och styrde dessutom de politiska prioriteringarna mot detaljer snarare än övergripande frågor. De nya ersättningsprinciperna etablerades först på distriktsnivån men senare också på basenhetsnivån. Vid slutet av 1980-talet var rambudgetar för distrikt, kliniker och serviceenheter att betrakta som praxis inom svensk sjukvård.⁵

En grundläggande kritik mot ersättning per kostnadsslag och ramersättning är de skeva incitament som kan bli följden av att det inte finns någon direkt koppling mellan verksamhetens prestationer och dess ekonomi. Denna typ av ersättningar lämnar därför stort utrymme för godtyckligt agerande hos ansvariga vad gäller verksamhetens volym och innehåll. Det kan i förlängningen leda till en svag utveckling vad gäller såväl produktivitet som effektivitet. Ett sätt för beställaren att försöka motverka dessa negativa effekter är att styra med regler och direktiv. Med tilltagande resursknapphet kan emellertid sådana försök lätt leda till en ond cirkel; ersättningarna blir allt mer villkorade och reglerade, och företrädarna för verksamheten ägnar allt mer tid åt att försöka slå systemet.

Idealt bör naturligtvis fristående vårdproducenter ersättas för de *resultat* som uppnås. Med resultat avses här i vilken utsträckning man bidrar till hälso- och sjukvårdens övergripande målsättning, såsom den anges i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Här infinner sig omedelbart enorma problem, både vad gäller att kvantifiera de allmänna målsättningar som återfinns i HSL och att mäta en specifik insats bidrag till resultatet. Rent teoretiskt kan vi tänka oss att exempelvis kirurger ersätts i proportion till patientens återstående faktiska livslängd efter genomgången operation. Om patienten dör på operationsbordet är resultatet noll och därmed utgår heller ingen ersättning. Om patienten däremot lever ett långt liv efter operationen blir ersättningen till kirurgen därefter. Praktiska och etiska problem gör dock sådana principer i det närmaste omöjliga att tillämpa. Ett problem är att en mängd faktorer inverkar på en människas livs-

längd, och hälso- och sjukvårdens insatser är i många sammanhang marginella. Många behandlingar syftar dessutom inte primärt till att förlänga liv utan till att förbättra livskvalitet. Vem skall i sådana sammanhang bedöma vad som är god livskvalitet och hur skall man mäta det? Ersättning utifrån resultat i termer av hälsoeffekter är nog bra teoretiskt sett. I praktiken måste ambitionsnivån för det stora flertalet verksamheter inom hälso- och sjukvården sättas betydligt lägre.

Ersättning per prestation utgör en betalningsform mellan bristfälliga rambudgetar och teoretiskt korrekta men praktiskt sett omöjliga ersättningar baserat på resultat. Det finns många varianter på vad som kan betraktas som prestationer. En ersättning för diagnostik, behandling och andra insatser (fee-for-service) har traditionellt tillämpats som betalningsform i USA. Ersättning per vård dag utgör en enklare variant, som också tillämpas i flera europeiska länder, däribland Sverige vad gäller exempelvis ersättning för utomlänspatienter och högspecialiserad vård. Inte sällan kombineras en betalning per vård dag med ersättning för specificerade insatser. Läkemedel, operationskostnader, laborietester och läkararvoden är exempel på insatser som ibland ersätts separat.⁶

En ersättning för utförda prestationer eller insatser kan till skillnad från fasta budgetar skapa incitament att förbättra produktiviteten, men ger också anledning att försöka maximera de prestationer som är föremål för ersättningen. Det kan leda till problem. Beställarna får den vård som belönas, snarare än den vård man vill ha. En rak ersättning per vård dag, utan kompletterande krav eller uppföljning, skapar exempelvis incitament att producera mer vård dagar, och därigenom incitament att förlänga vårdtiderna. Förklaringen är att de sista vård dagarna av ett vård tillfälle är förhållandevis billiga, eftersom de stora insatserna vanligen görs i direkt anslutning till att patienten skrivits in. Om vård dags ersättningen bestäms utifrån de genomsnittliga kostnaderna kan därmed ett sjukhus tjäna på att förlänga vårdtiderna med någon dag. Detta är ingen process som behöver ske medvetet eller utstuderat. På lång sikt blir det emellertid med en sådan betalningsform mindre angeläget för vård producenterna att försöka effektivisera organisationen, och introducera nya behandlingsmetoder typ dagkirurgi eller andra substitut för slutenvård och långa vårdtider.

Som reaktion på problem med fee-for-service i USA har på flera

håll skett en övergång till ersättning för klassificerade vårdtillfällen. Av störst betydelse är övergången till ersättning per DRG inom Medicare. Bakgrunden var kraftigt stigande kostnader som man delvis förmodade var orsakade av sättet att betala sjukhusen. Med en ersättning per DRG förändrades incitamenten. Det gällde för sjukhusen att endast tillhandahålla motiverade insatser och att försöka korta vårdtiderna. Inte heller denna betalningsform är emellertid problemfri. Inom Medicare fanns principiellt sett en risk för att sjukhusen skulle skumma marknaden på lönsamma patienter, samt att kvalitetskraven skulle eftersättas genom att också medicinskt motiverade insatser och god omsorg rationaliserades bort.

Som framgått av den korta översikten ovan har varje betalningsform för sjukhus och kliniker sina för- och nackdelar. Inte något alternativ är i alla avseenden perfekt, vilket också betyder att kontrakten måste kompletteras med parallella krav och uppföljning, så att risken för negativa effekter kan motverkas. Hur dessa krav och denna uppföljning skall läggas upp beror på vald lösning; det är ju bristerna i denna man skall kompensera. Med DRG-ersättningar blir det t ex viktigt att ställa krav på kvaliteten så att inte motiverad vård och omsorg rationaliseras bort. En uppföljning av återinskrivningarna kan reducera risken för att patienter som inte är färdigbehandlade skrivs ut på ett för tidigt stadium. Med andra betalningsformer följer andra nackdelar och risker, och därmed också andra behov vad gäller kravställande och uppföljning.

Vad som är att betrakta som lämplig betalningsform beror till stor del på situationen. Om ambitionerna är att stimulera en ökad aktivitetsnivå inom sjukhusvården kan det vara en fördel att knyta betalningen till enskilda prestationer. För en verksamhet med samlat patientansvar, eller för en verksamhet där fler prestationer inte kan betraktas som bättre, kan motsvarande betalningsform vara ett sämre alternativ. Med denna utgångspunkt erhålls en blandad intäktsida för sjukhusen, där varje ersättning är anpassad utifrån situationen och varje verksamhets egna förutsättningar.⁷

I praktiken är det ofta möjligheterna att utveckla och administrera relevanta beskrivningssystem, som blir avgörande för den lösning som tillämpas. Principiellt sett står valet mellan det enkla och bristfälliga (typ fast budget eller ersättning per vård dag) och det mera komplicerade och mindre bristfälliga (typ DRG-ersättning). De fördelar som kan vinnas med förfinade betalningsformer – bland annat

i form av mera information om vården – måste därför vägas mot kostnaderna för att utveckla och använda systemet. Det är först efter en samlad bedömning som den administrativa effektiviteten kan bedömas. Med denna utgångspunkt diskuteras fortsättningsvis två betalningsformer – blockkontrakt och prestationsbaserad ersättning – som kan betraktas som huvudalternativen vid en fortsatt separering av beställare och vårdproducenter i hälso- och sjukvården.

Blockkontrakt

Den enklaste lösningen för nyblivna beställare torde vara att ersätta vårdproducenterna med *fasta blockkontrakt*. Utifrån förhandling om verksamhetens omfattning, inriktning och årliga ersättning kan sjukhusen betalas med fasta belopp per månad eller motsvarande. Denna lösning ligger nära de rambudgetprinciper som de senaste åren varit praxis i många landsting, och detta är också något av huvudproblemet. Blockkontrakt av denna typ är enkla att skriva, men också lätta att kringgå för den vårdproducent som så önskar. Vårdproducenterna får liksom tidigare ägna stor del av skaparkraften till lobbying gentemot beställarna för att få nya resurser; tidigare var det politiker och administratörer i landstings- och distriktsledning- ar.⁸ Det blir oförändrat den "maximalakustiska effekten" (den som skriker högst får mest) som till stor del avgör resurstilldelningen.⁹ Om blockkontrakten inte blir något annat än en omskrivning av tidigare anslag kan poängen med att separera beställare och vårdproducenter ifrågasättas. Med blockkontrakt av detta slag kommer informationen om verksamheten och incitamenten för hög produktivitet och effektivitet att vara lika dåliga som med traditionella anslag.

För att blockkontrakt skall fungera som styrmedel krävs att beställarna specificerar de åtaganden och prestationer man förväntar sig, och att man därefter följer upp verksamheten relativt gjorda överenskommelser. När beställare och vårdproducenter är integrerade kan detta alltid lösas i efterhand genom successiv anpassning till nya direktiv och beslut. Om förutsättningarna ändras kan också direktiven ändras. För ett fristående sjukhus som betalas genom blockkontrakt måste emellertid allt ifrån åtaganden avseende jourti-

der och servicenivåer till verksamhetens omfattning, krav på vårdprogram och samordning med primär- och äldreomsorg i huvudsak fastställas redan på förhand. Även blockkontrakt kräver således beskrivningar av verksamheten och de åtaganden som vårdproducenterna har att fullfölja.

Vilken typ av beskrivningar som kan betraktas som lämpliga i ett blockkontrakt beror naturligtvis på den uppgift eller det ansvar som sjukhusen erhåller. Generella delar som bör behandlas i alla kontrakt är krav på verksamheten, den ekonomiska ersättningen och hur förändrade förutsättningar skall hanteras. Vad gäller den ekonomiska ersättningen finns flera alternativ.

Om exempelvis ett sjukhus erhållit ett samlat populationsbaserat ansvar kan ersättning genom *kapitering* vara ett tänkbart alternativ. Ersättningen bestäms då med utgångspunkt i populationens karaktäristika. Antal individer och demografisk struktur inom ett bestämt upptagningsområde är exempel på två viktiga faktorer som i så fall kan få avgöra sjukhusens resurstilldelning. En viktig fördel med en sådan lösning är att beställarna har god kontroll över totalkostnaderna. Analys och jämförelser av skilda populationer kan också ge underlag för diskussion kring förbättring och utjämning av folkhälsan.

Men lösningen har också nackdelar. Ett tekniskt problem är att ersättningarna måste justeras för olika patienters risk. Det kan annars bli mycket besvärligt för sjukhus i upptagningsområden med äldre befolkning att ta fullt ansvar för patienterna. Ett mera principiellt problem avser att lösningen utgår ifrån att man kan och bör styra individernas vårdval. En kapitering förutsätter att beställarna styr patienterna till visst sjukhus. Med en helt fast ersättning finns också risk för att sjukhusen i alltför stor utsträckning snålar på den behandling som ges till patienterna. Studier i USA tyder på att antalet inskrivningar vid sjukhusen blir lägre i de fall läkarna ersätts med fast lön eller kapitering, och motsvarande gäller inom de HMOs (Health Maintenance Organizations) som har kapitering som betalningsform.¹⁰ Färre inskrivningar behöver förvisso inte vara något negativt. De underliggande incitamenten vid kapitering innebär emellertid att vårdgivarna har anledning att försöka ransonera vården. Kapitering ger också sjukhusen goda möjligheter att prognostisera intäkterna. Det är en fördel sett utifrån sjukhusens perspektiv. Osäkerheten reduceras. Nackdelen, sett utifrån beställarens per-

spektiv, är att kraven på ett effektivt resursutnyttjande inte blir lika tydliga. Detta kräver uppföljning från beställarnas sida.

Ett alternativ till populationsbaserade blockkontrakt är att producenternas ansvar knyts till viss verksamhet, snarare än till viss population. Med en sådan lösning finns bättre förutsättningar att uppnå en god koppling mellan ekonomi och verksamhet i själva ersättningsystemen. För akutsjukhus skulle ett sådant kontrakt kunna innebära att extra ersättningar – baserade på marginalkostnader eller motsvarande – utgår i de fall verksamheten överstiger avtalad volym. På samma sätt kan extra ersättning för särskilt resurskrävande patienter hanteras. Fördelen med sådana *flexibla kontrakt* är den förbättrade informations- och incitamentsstrukturen. Det lönar sig att anstränga sig lite utöver det vanliga, det blir lättare att ekonomiskt hantera svängningar i verksamhetens volym, och information om prestationerna kan ligga till grund för förhandlingar mellan beställare och producenter. Nackdelarna består för beställarnas del i den något större risken för kostnadsökningar, och de (åtminstone initialt) ökade kraven på registrering och uppföljning av prestationerna.

I en situation då beställare upphandlar hälso- och sjukvård genom blockkontrakt kan beställarna, med beaktande av totalkostnaderna, pressa vårdproducenterna så att dessa tillhandahåller vård med god kvalitet och tillgänglighet till ett rimligt pris. Konkurrens genom anbud blir ett centralt styrmedel för att uppnå dessa effekter. En lösning med blockkontrakt förutsätter dock begränsningar i patienternas valfrihet, och det finns en risk att patienternas inflytande över vården därmed sätts på undantag. Med större valfrihet för patienterna kommer makten delvis att försvinna ur beställarnas händer. Beställarnas förhandlingsposition gentemot vårdproducenterna försvagas. Det blir därmed svårare att upprätthålla principer där vårdproducenterna helt upphandlas med utgångspunkt i blockkontrakt; åtminstone vad gäller de verksamheter där valfriheten kan bli reell.

Prestationsbaserad ersättning

Om pengarna skall följa patienternas val krävs att betalningen till sjukhusen knyts till enskilda prestationer i form av vårdtillfällen och

besök. Men även med begränsad valfrihet för patienterna kan en prestationsbaserad ersättning och de kraftfulla incitament som denna lösning medför vara att föredra.

Om vi ser till aktuella lösningar i landstingen är det framför allt sjukhusen som berörs av nya förutsättningar. Det finns som redan nämnts en speciell förkärlek till ersättningar för klassificerade vårdtillfällen och besök. Sättet att definiera prestationerna varierar (se tabell 4.2). I Dalarna är det de lokala beställarna själva som i förhandling med klinikerna avgör betalningsform och ersättningsnivåer. På något håll utgår ersättning per vård dag och besök; andra beställare har i huvudsak tecknat blockkontrakt. I andra landsting som prövar nya lösningar är det vanligen landstinget centralt som fastslår vilka principer som skall gälla för kontrakten och ersättningarna.

Exempel på landsting där så gott som all sjukhusvård ersätts prestationsbaserat är Bohus och Stockholm. I nämnda exempel utgör DRG grunden för ersättningar till den slutna vården medan man utvecklat egna klassificeringssystem för den öppna vården. DRG tillämpas för övrigt på flera håll även vad gäller ersättning för patientströmmar mellan landstingen (som följd av ökade valmöjligheter för patienterna) och för ersättning till den specialiserade vården vid universitetssjukhusen. De använda vikterna för varje DRG – dvs de relativa priserna för ersättning av olika diagnosgrupper – har man i något fall tagit fram på egen hand, men i de flesta fall har man lånat vikter från tillämpningar inom US-Medicare eller i Norge, som sedan justerats utifrån egna förutsättningar.

En ersättning per prestation skapar incitament att utföra fler prestationer och leder därmed till ett potentiellt problem att kontrollera totalkostnaderna. Det är man väl medveten om bland de landsting som experimenterar med nya lösningar. I nämnda landsting finns därför utan undantag kompletterande regler i kontrakten, som fastställer tak för totalkostnaderna. Dessa tak har formulerats på lite olika sätt (se tabell 4.2). I Bohus sänks exempelvis ersättningen till 40 procent av den normala om den faktiska vårdvolymen överstiger 101 procent av den planerade. Vid volymer över 104 procent utgår ingen ytterligare ersättning. Incitamenten att öka produktionen gäller således endast upp till en viss nivå. Efter brytpunkten ändras incitamenten.

Tabell 4.2 Exempel på ersättningar för sjukhusens somatiska korttidsvård under 1993

Landsting	Administrativ nivå som avgör principer	Prestationer i slutna vård	Prestationer i öppna vård	Kostnads-kontroll
Bohus	Landstinget	DRG (vikter framtagna vid sjukhus i Göteborg)	Egen klassificering	40% ersättning om volymen överstiger 101% av plan, ingen ersättning över 104%
Dalarna	Lokala beställare	Blandat beroende på verksamhet och beställare	Blandat	Olika lösningar som beställarna själva beslutar om, t ex rabatter över viss volym
Stockholm	Landstinget	DRG (justerade norska vikter)	Egen klassificering	Högst 50% ersättning om volymen överstiger plan, lägre ersättning är förhandlingsbart
Sörmland	Landstinget	Blandat beroende på verksamhet; DRG för flera kirurgiska områden (justerade US-Medicare-vikter)	Egen klassificering	40% ersättning om volymen slutna vård överstiger plan, 10% ersättning över 105%; mindre reduktion i öppna vård

Källa: Anell, A. & Svarvar, P. (1993), "Reformerad landstingsmodell – Kartläggning och analys av pågående förnyelse", bilaga till SOU (1993:38), *Hälso- och sjukvården i framtiden – Tre modeller*, Rapport från expertgruppen till HSU 2000.

Vad gäller bestämning av ersättningsnivåerna gäller också här att det finns olikheter mellan landstingen. För en del verksamheter, den högspecialiserade vården vid universitetssjukhusen är ett exempel, finns en utveckling mot renodlade förhandlingar och upphandling genom anbud. Det gäller i synnerhet utvecklingen i mellansverige (med Uppsala/Örebro-regionen i spetsen), där det finns flera re-

gionsjukhus att välja mellan. För den stora delen av specialistvården vid sjukhusen gäller dock att priserna är administrerade i den meningen att genomsnittliga kostnader ligger till grund för ersättningarna. I beräkningar av kostnaderna har uppkommit delvis stora skillnader mellan sjukhusen. Det finns olika strategier för att hantera detta, men en allmän ambition tycks vara att ersättningarna skall vara lika för samma typ av vård, oavsett vid vilket sjukhus den tillhandahålls. Olikheter, typ forskning och undervisning vid universitetssjukhusen eller särskilda åtaganden och förutsättningar, skall i stället hanteras separat genom särskild finansiering.

Redovisningen i tabell 4.2 utgör exempel på användning av DRG och andra prestationsbaserade ersättningar inom några av de landsting som har hunnit längst i utvecklingsarbetet med nya kontraktsformer. DRG används också i andra landsting, men då på försök eller mera begränsat. Hur bra är då DRG-systemet för beskrivning av prestationerna? Kan en ersättning baserad på prestationer mätt enligt DRG stimulera vårdproducenterna att tillhandahålla en bättre hälso- och sjukvård?

DRG-ersättning

Det kan snabbt konstateras att en ersättning per DRG inte i sig ger någon bättre kunskap för att avgöra vad (vilka prestationer) hälso- och sjukvården bör utföra. Politikerna blir med andra ord inte bättre på att prioritera mellan olika patientgruppers behov bara för att ersättningarna baseras på DRG. Däremot innebär en DRG-ersättning, och för den delen varje ersättning som baseras på explicita prestationer, att prioriteringarna lyfts fram i ljuset. Denna förändring kan vara av stor betydelse för sättet att prioritera, och även för vilka prioriteringar som görs. Även om DRG-ersättningar således inte direkt bidrar till att avgöra vad som skall utföras, kommer en sådan lösning att möjliggöra och faktiskt också tvinga beställarna att bli mer medvetna och öppna med prioriteringarna. Det är en avgörande skillnad i jämförelse med den dialog som kan förväntas vid tillämpning av rambudgetar eller fasta blockkontrakt.

En annan mera långsiktig effekt är att DRG-ersättningarna skapar nya förutsättningar för utveckling och spridning av ny teknologi.¹¹ Med ersättning per DRG premieras kostnadseffektiva innovationer, t ex sådana som kan reducera vårdtiderna eller minska på behovet

av pre- och postoperativa rutiner. Dessa incitament för den teknologiska utvecklingen står helt i kontrast till incitamenten vid en ersättning enligt fee-for-service-principen. Med ersättning för enskilda insatser i form av diagnostik och behandling premieras snarast dyrbar teknologi, som förvisso kan leda till en högre kvalitet i vården, men utan tanke på konsekvenserna i form av stigande kostnader. Med rambudgetar eller fasta blockkontrakt gäller snarast det omvända förhållandet, med risk för att ny teknologi sprids alltför sent eller inte alls.

DRG-ersättningarnas konsekvenser för utveckling och spridning av ny teknologi är emellertid alls inte oproblematiska. Det krävs kontinuerlig anpassning av diagnosgrupperna och ersättningsnivåerna i takt med introduktionen av ny kunskap och teknologi. På så sätt kan beställarna, under förutsättning att man har tillräcklig kompetens och kapacitet att följa utvecklingen, också medvetet styra vårdutbudet mot de tjänster som kan anses motiverade.

En utvärdering av ersättning per DRG bör i första hand ske utifrån möjligheterna att med denna betalningsform bidra till en förbättrad produktivitet inom vården.¹² Avgörande för en sådan utvärdering är bland annat hur väl DRG beskriver verksamhetens egentliga prestationer, och vilka incitament en DRG-baserad ersättning ger vårdgivarna. Som redan nämnts kan ersättning per DRG åtminstone principiellt sett leda till att för lite vård konsumeras vid varje vårdtillfälle, jämfört med vad som är optimalt sett till patienternas välfärd. Samtidigt skapar varje nytt vårdtillfälle ny ersättning och därmed anledning för vårdgivarna att se positivt på nya inskrivningar, åtminstone av patienter med förväntat låga kostnader. En del kritiker menar att detta leder till vård av typen "quicker and sicker", och att läkarnas motto "primum non nocere" (först av allt, skada inte) byts ut mot "primum non expendere" (först av allt, spendera icke).¹³ Frågan är om denna kritik ger DRG-ersättningarna full rättvisa.

De incitament som följer av ersättning per DRG skall behandlas vidare i nästa kapitel, där erfarenheter från USA och Norge redovisas. I detta avsnitt skall fortsättningsvis DRG-systemets kvalitet som beskrivningssystem i korthet diskuteras.

DRG är i grunden ett bland flera system för klassificering av sjukdomar i olika diagnosgrupper. Systemkonstruktörerna hade inte själva någon tanke på att DRG skulle utgöra underlag för ersättning-

ar. Huvudsyftet var att tillhandahålla ett instrument som underlättade jämförelser av kostnader och kvalitet, och som möjliggjorde en förbättrad intern kommunikation mellan läkare och sjukhusledning.¹⁴ De närmare krav som uppställdes i utvecklingsarbetet framgår av tabell 4.3.

Tabell 4.3 Krav vid utveckling av DRG-systemet

-
- att framtagna diagnosgrupper skulle vara medicinskt meningsfulla
 - att patienterna i en diagnosgrupp skulle ha samma förväntade resursbehov
 - att grupperingen av patientdata i olika diagnosgrupper skulle ske med utgångspunkt i rutinmässigt insamlade data
 - att antalet grupper inte skulle bli för stort (max 500)
-

De två första kraven handlar om att balansera medicinska och ekonomiska kriterier för grupperingen. De två sistnämnda kraven fokuserar praktisk användbarhet i den meningen att systemet inte fick bli för dyrt att administrera. Hur väl man lyckats i utvecklingsarbetet har diskuterats av flera forskare.¹⁵ En central diskussion i litteraturen handlar om det så kallade homogenitetsproblemet, dvs i vilken utsträckning diagnoserna i viss DRG är homogena med avseende på resursanvändningen samtidigt som den medicinska meningsfullheten är bibehållen. Kraven är motstående och det färdiga resultatet utgör därför en kompromiss. Balansen mellan medicinsk meningsfullhet och homogenitet inom grupperna har varit viktig för systemkonstruktörerna. Det kan man förstå av det faktum att patienter med extremt långa vårdtider eller höga vårdkostnader (så kallade outliers) särbehandlas. Detta bidrar till att göra de grupperade patientfallen mera homogena. Samtidigt skapas naturligtvis problem vad gäller behandling av ytterfallen. Inom Medicare, liksom i några av de landsting som experimenterar med DRG-ersättningar, utgår särskild ersättning för ytterfallen.

Hur stort är då homogenitetsproblemet? Till att börja med kan konstateras att problemet har olika betydelse för olika verksamheter. Det tycks ha varit enklare att finna resursmässigt homogena och medicinskt meningsfulla diagnosgrupper för de kirurgiska specialiteternas prestationer. Internmedicinska DRG omfattar en större resursvariation och grupperingen är mindre säker.¹⁶ Praktiskt sett har diskussionerna om homogenitetsproblemet lett fram till en kritik

som går ut på att DRG-systemet i mycket begränsad utsträckning tar hänsyn till sjukdomars svårighetsgrad. Denna kritik har i sin tur initierat utvecklingsarbeten och flera förslag på kompletteringar av DRG-systemet, och även alternativa lösningar där sjukdomars svårighetsgrad mera explicit behandlas. Inget av dessa förslag tar dock fasta på samtliga de krav som uppställdes vid konstruktionen av DRG-systemet.¹⁷

Varje steg mot nya och tekniskt sett mera avancerade lösningar och grupperingsystem för vårdtillfällen innebär att de administrativa kostnaderna för att utveckla, underhålla och använda systemen ökar. Dessa administrativa kostnader måste vägas mot de positiva effekter förfiningarna kan ha. Med denna utgångspunkt finns det mycket som talar till DRG-systemets fördel; om man nu har bestämt sig för en ersättning kopplad till enskilda vårdtillfällen. Mycket av de initiala utvecklingskostnaderna är betalda och det finns ett upparbetat intresse och kunskaper i Sverige liksom i flera andra länder. Genom att systemet hela tiden revideras och vidareutvecklas kan den svenska hälso- och sjukvården också få systemet uppdaterat till en relativt blygsam kostnad. Det kommer dock alltid att krävas anpassningar till svensk praxis. Allt detta innebär att varje alternativ till DRG-systemet måste uppvisa egenskaper som på ett märkbart bättre sätt löser problemet med att skapa medicinskt meningsfulla grupper, som också i grova drag är homogena vad avser det förväntade resursbehovet.

Prestationsbaserade ersättningar, med utgångspunkt i DRG eller andra mått, måste jämföras med de existerande alternativen – som också har sina brister – och inte med ett icke-existerande optimalt system. Ett principiellt problem med prestationsbaserade ersättningssystem är att de stimulerar till hög produktion, men mer är inte alltid bättre. Det kan alltså leda till att onödigt mycket vård produceras. Med DRG-ersättningar kan också följa negativa effekter såtillvida att patienter skrivs in och ut för varje enskild liten åkomma, för att man på detta sätt skall generera högre intäkter. Motsvarande effekter på intäkterna kan åstadkommas genom diverse mer eller mindre hederliga manipulationer med registreringarna. Andra tänkbara problem är att alltför tidig hemsändning kan öka antalet återinskrivningar, med brister i kvaliteten och ökade kostnader som följd. Det finns också en risk att vårdgivarna försöker undvika olönsamma patienter genom att flytta över dem till någon annan vård-

givare eller vårdnivå. Liksom vid tillämpning av blockkontrakt krävs således kompletterande krav i sjukhusens kontrakt och en uppföljning av verksamheten från beställarnas sida. Det kan gälla överenskommelser om indikationsgränser och vårdprogram samt möjligheter för beställarna att regelbundet granska vårdprocesser och resultat.

Kombinationer

I detta kapitel har två olika betalningsformer för vårdproducenter i hälso- och sjukvården diskuterats – blockkontrakt och prestationsbaserad ersättning. I praktiken finns som redan antytts flera mellanformer. Gränsen mellan flexibla blockkontrakt och prestationsbaserad ersättning är t ex inte alls entydig. Samma lösning kan också administreras strikt eller mera flexibelt, med skilda förväntade effekter som följd. Det kan därmed också diskuteras hur tillämpningarna i landstingen skall klassificeras. I några landsting såsom Bohus och Stockholm ersätts förvisso sjukhusen till stor del per prestation. Men för vårdtillfällen och besök som överstiger viss planerad vårdvolym minskar ersättningen. Diskussionen ovan, om fasta blockkontrakt och prestationsbaserad ersättning, har därmed snarast redogjort för ändpunkterna på en kontinuerlig skala. Den intressanta frågan i praktiken blir då hur flexibla och prestationsinriktade sjukhusens kontrakt bör vara.¹⁸ Vilken är den optimala avvägningen för svenskt vidkommande? Svaret måste rimligen bero på förutsättningarna, och det kan nu vara lämpligt att återknyta till diskussionen i kapitel 3.

Med begränsad valfrihet för patienterna kan beställare upphandla vård utifrån principen om lägsta, effektiva nivå för omhändertagande som viktig ledstjärna. Det ligger nära till hands att överenskommelser med vårdgivarna antar formen av mer eller mindre flexibla blockkontrakt. Dessa blockkontrakt kan omfatta beställarens krav på kvalitet och service samt fastställa verksamhetens intäkter, inriktning och omfattning. En variant på sådana flexibla kontrakt utgör de prestationsbaserade ersättningar med fastställt tak, som utvecklats till praxis bland de landsting som kommit längst i arbetet med att reformera sjukhusens ersättningar.

Med utökad valfrihet för patienterna, där pengarna skall följa patienternas val, ändras förutsättningarna. Lokala beställares möjligheter att agera som kraftfulla beställare uttunnas eftersom det i huvudsak är patienterna som med sina val avgör vilka vårdgivare som skall tilldelas resurserna. Med dessa förutsättningar måste sjukhusens ersättningar knytas till enskilda vårdtillfällen och besök. Så måste åtminstone ske inom de verksamhetsområden där reell valfrihet för patienterna föreligger. Med fritt vårdsökande blir det också svårt att motivera en samtidig användning av flera olika betalningsformer för sjukhusen. Sådana olikheter kan bli mycket kostsamma att administrera, och de torde knappast uppfattas som konkurrensneutrala av producenterna. Det finns anledning att försöka utveckla åtminstone regionalt gemensamma betalningsformer.

En rimlig avvägning mellan beställarnas krav på kostnadseffektivitet, och individernas krav på inflytande, är en regional valfrihetsmodell. En regional beställare kan i så fall ges ansvaret att aktivt upphandla övergripande överenskommelser med vårdproducenterna, som kan ges grunddrag av blockkontrakt. I dessa kontrakt kan ramar vad gäller krav på verksamheten och samordningen med andra vårdgivare specificeras. Därutöver kan en ersättning per prestation för vårdtillfällen och besök i kombination med valfrihet för patienterna ge varje sjukhus goda incitament att så långt möjligt förbättra verksamhetens tillgänglighet och kvalitet. Med dessa principer får intäktssidan för varje sjukhus ett blandat innehåll där ersättningarna är anpassade till varje verksamhets egna förutsättningar.¹⁹ För viss verksamhet erhålls ersättning enligt fasta blockkontrakt. I andra delar av beställarkontraktet anges villkor som gör delar av ersättningen beroende av verksamhetens faktiska volym. För ytterligare andra delar av verksamheten erhålls ersättning helt prestationsbaserat, utifrån fastställda ersättningar och patienternas egna val.

Noter

¹ Se Jönsson & Rehnberg (1987) och Anell (1990a).

² Se SPRI (1992).

³ Evans (1984).

⁴ Black & Frohlich (1991).

⁵ Anell (1990b).

⁶ För översikt om ersättningssystem i olika länder, se Glaser (1987) eller Rehnberg (1992).

⁷ Se Anell (1991a).

⁸ Se Hellers (1991).

⁹ Gårdmark (1991).

¹⁰ Se Hillman et al (1989).

¹¹ Weisbrod (1991).

¹² Donaldson & Magnusson (1992).

¹³ Se t ex Asplund (1991).

¹⁴ Fetter et al (1980).

¹⁵ Se översikt i Paulsson (1989).

¹⁶ Nilsson (1988).

¹⁷ Paulsson (1989).

¹⁸ Cairns (1993).

¹⁹ Det kan också finnas fördelar med att blanda ersättningsprinciper för en och samma verksamhet, t ex en del av ersättningen i fast budget och resterande del rörligt per prestation, se Ellis & McGuire (1990).

5. Vilka blir effekterna?

I föregående kapitel har olika sätt att betala sjukhus och kliniker analyserats. Utgångspunkt har varit en fortsatt förnyelse i sjukvården med särskiljande av beställare- och producentrollerna som viktig ledstjärna. I detta kapitel skall några valda empiriska erfarenheter från andra länder redovisas. Det finns flera länder där formerna för ersättningen ifrågasätts och där nya lösningar prövas.¹ Utvecklingslinjerna tycks delvis bero på utgångspunkterna och de problem som karakteriserar olika sjukvårdssystem. I de nordeuropeiska länderna introduceras prestationsbaserade kontrakt för att komma till rätta med köer och brister i produktiviteten. I Centraleuropas försäkringssystem går utvecklingen delvis åt andra hållet, med introduktion av budgetar och kostnadstak, för att lösa problemen med stigande kostnader.

Ambitionen i detta kapitel är inte att ge en översikt av olika länders förändringar, eller att ens ge en representativ bild av de mera generella utvecklingslinjerna. Syftet är att diskutera erfarenheter från några länder som prövat lösningar som antingen ligger nära de som föreslås för den svenska hälso- och sjukvården, eller där utgångspunkten för förändringarna har varit snarlika de i Sverige. Svenska erfarenheter av nya ersättningsprinciper kommer inte alls att diskuteras. Så här långt har få oberoende utvärderingar av effekterna i den svenska sjukvården presenterats, vilket bl a torde bero på att landstingen har begränsad erfarenhet av de nya lösningarna. Det finns rapporter som studerat mera begränsade försök och förändringar.² Mera generellt har också preliminära effekter av Stockholmsmodellen redovisats.³ Det mesta av arbetet med att utvärdera effekterna återstår dock. Förhoppningsvis kan de internationella erfarenheter som redovisas i detta kapitel bli ett värdefullt komplement till kommande svenska utvärderingar.

I ett första avsnitt diskuteras DRG-erfarenheter inom den amerikanska sjukvården med fokus på Medicares prospektiva betalningssystem (Prospective Payment System, PPS) för vård till äldre. Bakgrund, principer och effekter behandlas med utgångspunkt i både federala myndigheters och sjukhusens perspektiv. I ett andra avsnitt redovisas erfarenheter av det norska styckpröfsöket. Även i detta försök används DRG som grund för ersättningarna. De institutionella förutsättningarna skiljer sig dock helt jämfört med den amerikanska sjukvården. Dessutom används prospektiv ersättning i kombination med ramfinansiering. I ett tredje avsnitt diskuteras förändringar mot nya kontraktsformer inom brittiska NHS. Inom den övergripande strävan som finns inom NHS att särskilja beställare och vårdproducenter finns två skilda modeller. En första modell är att särskilda regionala enheter (DHAs, District Health Authorities) utgör beställare gentemot sjukhusen. En andra modell är att allmänläkare i grupp-praktiker (GP-fundholders) frivilligt kan åta sig ett beställaransvar för delar av sjukhusens elektiva tjänster. Förändringarna inom brittiska NHS är intressanta inte minst av den anledningen att de påminner om den svenska förnyelsen, och dessutom sjösätts i en miljö som är snarlik den svenska hälso- och sjukvårdens.

PPS i USA

Hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation i USA skiljer sig i många avseenden från de lösningar som återfinns i andra västländer, däribland Sverige.⁴ Ett grundläggande särdrag är avsaknaden av enhetligt system. I stället förekommer en mängd alternativ vad gäller såväl finansiering som organisation. Det innebär att det är svårare att ge en generell och rättvisande bild av förhållandena. Bakomliggande faktorer till denna pluralism är bland annat grundinställningen i USA att det i första hand är arbetsgivarna och de enskilda individerna själva, som på frivillig bas skall sörja för att behovet av hälso- och sjukvård blir tillgodosett. Om denna inställning kommer att ändras till följd av president Clintons reformprogram för hälso- och sjukvården, återstår ännu att se.

På finansieringssidan kan flera parter urskiljas. En stor del av finansieringen svarar den privata sektorn för. Viktiga intressenter är

försäkringsgivare, vårdproducenter i olika konstellationer, arbetsgivare och enskilda individer. Ungefär 60 procent av befolkningen i USA har sjukvårdsförsäkring genom arbetsgivaren. 13 procent har någon form av individuell försäkring. Här förekommer dock viss dubbelräkning då en del personer har flera försäkringar. De federala och lokala myndigheterna finansierar och övervakar vårdprogram som i första hand är avsedda för äldre och vissa handikappade (Medicare), krigsveteraner med anhöriga (VA, Veterans Administration) och de fattiga (Medicaid). Det finns en liten grad av koordination mellan privata och offentliga hälso- och sjukvårdsprogram.

Det finns också exempel på lösningar där finansiering och vårdproduktion integrerats, och det gäller både inom offentliga vårdprogram och den privata sektorn. VA har exempelvis egna sjukhus med anställd sjukvårdspersonal. Inom den privata sektorn kan märkas ett stort och ökande intresse för olika former av HMOs (Health Maintenance Organizations), som numera är den dominerande vårdformen på USAs västkust.

En stor andel av befolkningen – ca 14 procent eller 37 miljoner människor – är av olika skäl oförsäkrade. I flera fall beror det på att arbetsgivaren inte tillhandahåller något försäkringsskydd, och att man av olika skäl inte anser sig ha råd med en privat försäkring. Samtidigt anses man kanske inte tillräckligt fattig för att kvalificera sig till det Medicaid-program, som administreras gemensamt av federala och delstatliga myndigheter. I andra fall kan det röra sig om personer som bytt arbetsgivare, och som därför en kortare tid står utan försäkringsskydd. De oförsäkrade är inte helt utestängda från hälso- och sjukvården. För det första är alla akutsjukhus numera skyldiga att ge oförsäkrade akut vård, åtminstone i sådan omfattning att patienterna i stabiliserat tillstånd kan transporteras till någon offentlig vårdinrättning. Oförsäkrade kan också söka akut vård direkt vid offentliga sjukhus och kliniker, som ofta får finansiellt stöd för så kallad "indigent care" av lokala myndigheter. Även privata sjukhus ger i viss mån oförsäkrade vård, och då med finansiering från välgörenhetsfonder eller genom att indirekt låta den kommersiella sektorn stå för kostnaderna.

Den amerikanska hälso- och sjukvårdens pluralism gäller i hög grad även vårdproduktionen. Det finns sammanlagt ca 6 700 sjukhus i USA varav ca 5 500 är allmänna akutsjukhus. De flesta av sjukhusen (60 procent) är privata icke-vinstsyftande företag, och reste-

rande delen antingen privata vinstsyftande (14 procent) eller offentliga (26 procent). En majoritet av läkarkåren, som omfattar nästan 600 000 praktiserande läkare, arbetar som egna företagare och vanligen med ersättning för utförda åtgärder (fee-for-service). Det gäller både vid den egna mottagningen och vid det sjukhus till vilket man remitterar sina patienter. En mindre andel av läkarna är anställda vid sjukhus eller arbetar i grupp-praktiker.

Det finns ingen egentlig planering av vårdutbudet på den federala nivån, och delstaternas ambitioner att påverka etableringarna varierar. Grundregeln är snarast att läkare och sjukhus kan etablera sig var helst de önskar. I områden där marknaden av egen kraft inte genererar ett tillräckligt utbud, såsom i glesbygden och i en del storstadsområden, kan vårdprogram etableras genom federala och lokala myndigheters försorg.

Medicare och PPS

Reformförslag för den amerikanska hälso- och sjukvården har under senare tid framför allt anknutit till två centrala problem – snabbt stigande kostnader och en stor andel oförsäkrade. Bakom införandet av prospektiv betalning (PPS, Prospective Payment System) inom Medicare stod exempelvis beräkningar som visade att de federala fonderna på grund av kostnadsökningarna var på väg att tömmas.⁵

Medicare är ett federalt försäkringssystem för finansiering av vård till äldre och vissa handikappade. Medicare utgör den största enskilda finansiären av amerikansk hälso- och sjukvård, med finansiellt ansvar för ca 31 miljoner äldre (över 65 år) och 3 miljoner med särskilda handikapp. Health Care Financing Administration (HCFA), svarar för administrationen av programmet på federal nivå. I princip knyter HCFA kontrakt med varje enskilt sjukhus. Medverkan i Medicare är inte obligatoriskt, men i stort sett alla akutsjukhus har kontrakt med Medicare. Förändringar inom Medicare får på så sätt stort genomslag i hela vården. Både sjukhusen och HCFA kan om man så vill avbryta samarbetet. Medicare-patienterna kan fritt välja vård vid alla kontrakterade Medicare-sjukhus i USA.

När USAs kongress fr o m våren 1983 beslöt införa PPS för ersättning ur Medicare, påbörjades vad som beskrivits som den mest radikala förändringen vad gäller sjukhusens ersättning sedan tillska-

pandet av Medicare.⁶ Tidigare fick sjukhusen i stort sett betalt för redovisade åtgärder och kostnader. Denna ersättningsform dominerar fortfarande inom den privat finansierade vårdsektorn, även om ett ökat intresse för nya principer och kompletterande uppföljning kan noteras, inte minst på USAs västkust. Redan 1972 hade kongressen gjort det möjligt för HCFA att initiera delstatliga försök med PPS i olika former. Målsättningen var att utreda om sådana betalningsformer kunde bidra till en bättre kostnadskontroll. Mellan 1972 och 1983 genomfördes också försök i åtminstone åtta delstater.

Det mest uppmärksammade av dessa försök var introduktionen av PPS i New Jersey. 1974 introducerades där en prospektiv betalning baserat på antalet vård dagar. 1978 övergick man till ersättning per diagnosgrupper. Båda programmen reducerade kostnaderna per vård dag och per vårdtillfälle. Ersättningen per diagnosgrupp kortade också vårdtiderna. Samtidigt ökade antalet inskrivningar, vilket reducerade den positiva nettoeffekten.⁷ Något förenklat kan sägas att produktivitetsökningarna hämtades hem i form av en utökad verksamhetsvolym snarare än i lägre kostnader totalt sett. Om den större volymen vård var medicinskt motiverad, eller om ökningen enbart var ett utslag av diagnosglidning, är oklart. Hur som helst var det bland annat dessa preliminära erfarenheter som lade grunden för utformningen av PPS inom Medicare.

Det är enbart den slutna vården som är föremål för prospektiv betalning. För öppen vård utgår fortfarande ersättning enligt fee-for-service-principer, om än på senare tid i modifierad form. Dessutom är sjukhus för psykiatri, rehabilitering och långvård undantagna. Grunden för Medicares prospektiva betalning är vårdtillfället klassificerat enligt DRG, diagnosrelaterade grupper (se kapitel 4). Att bestämma ersättningarna för olika vårdtillfällen var ett särskilt problem i förändringsarbetet. Förutom hänsyn till patienternas diagnoser (DRG) förstod man tidigt att ersättningarna också måste återspegla skilda sjukhus geografiska läge och åtagande. I en inledningsperiod var man också tvingad att ta hänsyn till de olika sjukhusens kostnadsstrukturer. I annat fall skulle sjukhus med höga kostnader snabbt försättas i konkurs, medan sjukhus med låga kostnader skulle uppvisa oförtjänt stora vinster. Inkörningsperioden bestämdes till 4 år. Under denna period fastställdes DRG-ersättningarna utifrån en kombination av nationella och regionala DRG-taxor samt sjukhusens egna kostnader.

Läkarkostnaderna har hela tiden legat utanför systemet eftersom läkarna ersätts separat. Det är enbart sjukhusens ersättning som förändrats med PPS. Ursprungligen hanterades även kapitalkostnaderna vid sidan av de prospektiva ersättningarna. Senare har kapitalkostnaderna fasats in i de prospektiva ersättningarna. Numera tillämpas en nationell DRG-taxa med justeringar för aktuell sjukhustyp ("large urban", "urban" eller "rural"), löneläge i regionen samt extra tillägg för undervisningssjukhus och sjukhus med stor andel patienter med låga inkomster. Det kan noteras att de årliga revisionerna av DRG-taxorna delvis är en politisk process, där talesmän för skilda sjukhustyper i senaten och kongressen förespråkar skilda prioriteringar.⁸

De ekonomiska incitament som följde av de nya ersättningsprinciperna var tydliga. Alla vinster och förluster orsakade av skillnader mellan DRG-ersättningarna och sjukhusens kostnader skulle absorberas av sjukhusen. De prospektiva ersättningarna var inte förhandlingsbara. Det innebar att varje sjukhus hade incitament att försöka ta bort onödiga insatser och korta vårdtiderna. Att notera är att Medicare kan svara för ca 40 procent av ett sjukhus intäkter. Sjukhusen kunde därmed knappast ignorera de nya förutsättningarna. Effekterna var snarare att förändringarna fick konsekvenser för *alla* vårdtillfällen, inte enbart de som finansierades av Medicare. Under PPS första år varierade dock de faktiska incitamenten från sjukhus till sjukhus. En del sjukhus genererade vinster under inledningsåren, eftersom de egna kostnaderna initialt låg under DRG-ersättningarna. För sjukhus med högre kostnader än DRG-ersättningarna var naturligtvis situationen en annan.

Förhoppningarna från ansvariga på federal nivå var att man skulle få kontroll över de stigande kostnaderna och att sjukhusen skulle effektivisera sin verksamhet, att man skulle få mer vård för pengarna. Samtidigt såg man risken att sjukhusen gick för långt i sin effektivitetssträvan, att den prospektiva ersättningen fick negativa effekter på vårdens kvalitet. Ett annat problem var att det fanns anledning från sjukhusens sida att se positivt på fler inskrivningar, eftersom sådana genererade nya intäkter. För att motverka sådant beteende tillskapades redan från början ett administrativt organ – PROs, Peer Review Organizations – som skulle utöva tillsyn över primärt in- och utskrivningarna. Varje sjukhus med ersättning från Medicare tvingades att underkasta sig PROs och deras kontroll av ett stick-

prov av journalerna. För fall som inte bedömdes korrekt inskrivna (dvs annan behandling, behandling i öppen vård eller ingen behandling alls bedömdes som mera adekvat) skulle ingen ersättning utgå. Brister i vårdkvaliteten eller i tidpunkt för utskrivning kunde leda till sanktioner riktade mot ansvarig läkare. PROs hade en särskild uppgift i att bevaka så att antalet prestationer inte steg omotiverat, som ett resultat av ersättningen per prestation. Sådana effekter hade konstaterats i samband med introduktionen av PPS i New Jersey. Från HCFA utgick en allmän varning till sjukhusen. Omotiverade ökningsar i antalet inskrivningar skulle få återverkningar på kommande års DRG-ersättning.⁹

Vilka är effekterna?

Det har nu gått ett årtionde sedan PPS introducerades för Medicare. Under framför allt inkörningsperioden har det förts en stundtals intensiv debatt mellan systemets förespråkare och motståndare. Båda sidor har presenterat anekdotiska historier för att bevisa sin sak. Många läkare var inledningsvis mycket skeptiska till förändringen, och varnade för de negativa effekterna på vårdens kvalitet. De äldre patienterna skulle inte längre få den vård de så väl behövde. Under perioden har också en mängd mera underbyggda analyser och studier presenterats. Det är i huvudsak denna typ av publicerade studier som nedanstående diskussion baserats på.¹⁰

De effekter som studerats av forskare kan grovt klassificeras i tre grupper:

- effekter på kostnaderna
- effekter på vårdformer och vårdens organisation
- effekter på vårdens kvalitet

Ett stort problem vid bedömning av effekterna är avsaknaden av referenser, som kan tjäna som kontrollfall. Där skiljer sig förutsättningarna från förändringarna i New Jersey där utvecklingen i andra stater kunde tjäna som referenspunkt. Att jämföra olika patientgrupper (exempelvis Medicare-patienter med privat försäkrade) har inte heller varit helt problemfritt. Det finns skäl att anta att introduktionen av PPS inom Medicare också fick konsekvenser för andra patientgrupper. Alla analyser har därmed i princip jämfört förhållandena före och efter introduktionen av PPS i syfte att identi-

fiera och studera eventuella trendbrott. Med en sådan metod blir det mycket svårt att fullständigt reda ut vilka effekter som beror på PPS och vilka effekter som är resultatet av andra förändringar. Ny teknologi, innovationer vad gäller nya vårdformer inom den privata sektorn, och nya regler inom de offentliga vårdprogrammen kan utgöra parallella förklaringar.

Brister i tillgängliga data utgör ett annat problem. De flesta studier som presenterats beskriver effekterna av PPS under de inledande åren. Kunskapen om de mera långsiktiga effekterna är ännu begränsad. Det finns skäl att förmoda att åtminstone några av effekterna under de första åren med PPS var av engångskaraktär. Ett annat problem avser studiernas validitet och sensitivitet, dvs om man mäter det man avser mäta och om metoderna är tillräckligt förfinade för att registrera förändringar till följd av PPS. Särskilt studier kring effekterna på vårdkvaliteten är problematiska. De mått som använts utgör i vissa fall mycket grova indikatorer på förändrad kvalitet. Trots det mycket stora antalet artiklar som publicerats i ämnet, finns därför fortfarande en osäkerhet rörande effekterna av PPS.

Det finns i litteraturen en enighet om att introduktionen av PPS har minskat de federala utgifterna för vård till äldre genom reducerade kostnadsökningar. Beräkningar vid slutet av 1980-talet tyder på kumulativa effekter motsvarande en besparing på 20 procent år 1990, relativt tidigare prognoser på utgifterna.¹¹ Detta belopp rymmer naturligtvis stor osäkerhet, men bedömningen att PPS reducerat utgifterna för Medicare står fast. Däremot finns olika uppfattningar vad gäller de bakomliggande förklaringarna, och kanske framför allt deras relativa betydelse.

Många bedömare inom sjukhus och myndigheter tycks vara av uppfattningen att en stor del av besparingarna åstadkommits genom att kostnaderna omfördelats till den privata sektorn. De privat försäkrade skulle således subventionera en del av de äldres vård. De argument som lyfts fram är bland annat att priserna inom den privata sektorn är högre än inom de offentliga vårdprogrammen. Det finns heller inga tecken på att de långsiktiga kostnadsökningarna skulle ha påverkats av PPS inom Medicare. Inom försäkringsindustrin har denna utsaga upphöjts till sanning och man talar om en "hidden tax" för de privat försäkrade.¹² De studier som publicerats är dock mera skeptiska till i vilken utsträckning så kallad cost-shifting är ett problem.¹³ Att priserna skiljer sig mellan olika sektorer är

inte i sig tillräckliga bevis för problem av detta slag, menar man.

Vad gäller de långsiktiga effekterna kan konstateras att kostnaderna fortsätter att öka inom Medicare. Ökningstakten är numera densamma som före introduktionen av PPS. Det skulle i så fall tyda på att effekterna på utgifterna var av engångskaraktär, och att sjukhusen nu effektiviserat sin verksamhet i enlighet med förväntningarna. Andra menar att kostnaderna fortsätter att öka då sjukhus med initialt höga vinster (på grund av positiv skillnad mellan kostnaderna och de ursprungliga DRG-ersättningarna) nu omsätter dessa i utgifter. Ytterligare andra menar att de långsiktiga kostnadsökningarna inte har så mycket med sättet att betala sjukhusen att göra, utan att det i stället är innovationstakten vad avser medicinsk teknologi som är avgörande för kostnadsutvecklingen.¹⁴

De studier som presenterats är i stort sett eniga om att introduktionen av PPS i hög grad bidragit till förändringar av vårdens organisation i USA. Effekter som tillskrivits PPS är de markant kortare vårdtiderna och en överföring av vård från slutna till öppna former. Reduceringar i medelvårdtiden uppkom framför allt under PPS inledande år. Mellan åren 1981/82 och 1985/86 föll den genomsnittliga vårdtiden med 24 procent.¹⁵ Många bedömare menar att dessa förändringar inte enbart varit beroende av PPS, men att de nya ersättningsformerna skyndat på utvecklingen.

Både de kortare vårdtiderna och övergången från slutna till öppna vård har skapat nya behov av eftervård. Introduktionen av PPS tycks på så sätt även ha fått konsekvenser för vården utanför sjukhusen. Således har efterfrågan på hemsjukvård och sjukhemsplatser ökat. Vad gäller sambandet mellan PPS och hemsjukvården finns få frågetecken, även om regler gällande hemsjukvården och dess ersättning från Medicare ändrades parallellt med införandet av PPS. Vad gäller sjukhem är sambanden mera oklara. Under de första åren med PPS fanns endast en svag ökning av efterfrågan på sjukhemsplatser. När reglerna för ersättning från Medicare luckrades upp kring mitten av 1980-talet följde en kraftig expansion inom sektorn.¹⁶ Det finns också andra studier som tyder på att PPS fick effekter på vården utanför sjukhusen. Dödsfall sker numera i större utsträckning utanför sjukhusen jämfört med tidigare. En del studier redovisar också en ökad vårdtyngd inom hemsjukvård och sjukhem. Båda dessa resultat förefaller logiska mot bakgrund av de konstaterat kortare vårdtiderna vid sjukhusen.

Minskade vårdtider är en logisk förändring mot bakgrund av de incitament en fast ersättning per diagnosgrupp rymmer. En oväntad förändring som följde efter introduktionen av PPS är att antalet inskrivningar minskade. Först 1987 stabiliserades antalet inskrivningar, och därefter har antalet åter ökat. Det minskande antalet inskrivningar förklarar till viss del besparingarna inom Medicare, men utgör inte den huvudsakliga förklaringen. Studier har också visat att kostnaderna per vårdtillfälle minskat.¹⁷ Flera menar att tillskapandet av PROs, och budskapet från HCFA att en ökning av inskrivningarna inte skulle accepteras, står bakom denna effekt. Någon egentlig utvärdering av PROs och deras inflytande har dock aldrig gjorts.

Studier har också visat att introduktionen av PPS lett till en förändring av sjukhusens organisationskultur; åtminstone sett till de administrativa delarna.¹⁸ Sjukhusens ledningskultur liknar den i andra företag, och man använder sig av samma typ av management-metoder och informations- och redovisningssystem. Med introduktionen av PPS har också följt en fokusering på vårdtillfället och patientflödet från in- till utskrivning. Flera sjukhus försöker i dag mycket medvetet och med hjälp av olika tekniker ("benchmarking", "practice-guidelines" etc) effektivisera vården genom att ta bort onödiga insatser och genom att korta vårdtiderna. På flera sjukhus har etablerats "DRG-coordinators" och "utilization review committees", som analyserar och informerar om skillnader i enskilda läkares behandlingspraxis.

En förväntad effekt av PPS var förändringar i den registrerade diagnosmixen. Sådana förändringar kunde dels vara resultatet av en bättre registrering av diagnoser, till följd av de ekonomiska incitamenten att inte gå miste om några intäkter, dels bero på utflyttning av lättare fall till öppenvården. Studier har också konstaterat sådana förändringar. De första åren fanns en tydlig engångseffekt till följd av ändrade registreringsvanor, men även därefter har både reella och nominella förändringar i diagnosmixen noterats. Det är dock oklart hur stor del som består av ren "up-coding" i syfte att öka intäkterna, och hur mycket som kan förklaras av reella förändringar i vårdtyngden. Genom att DRG-systemet kontinuerligt förändras, bland annat i takt med att ny medicinsk teknik introduceras, skapas hela tiden nya möjligheter för sjukhusen att försöka hitta de optimala sätten att registrera diagnoserna.

En stor del av senare års forskningsintresse kring PPS har koncentrerats till effekterna på vårdens kvalitet. Detta intresse kan ses som en direkt följd av en inledande kritik mot DRG:s förmodade effekter på kvaliteten. "Quicker and sicker" ansåg många, och då inte minst läkare. 1990 publicerades en stor studie av forskningsinstitutet RAND i ett specialnummer av *Journal of American Medical Association*. För sex olika sjukdomar med sammantaget hög dödlighet hade effekterna av PPS på kvaliteten (process- och resultatkvalitet) studerats under en 4-års period.¹⁹ Sammanfattningsvis kunde man inte visa att PPS påverkat vårdens kvalitet negativt. Snarare fanns tecken på att processkvaliteten ökat. Däremot var patienterna i vissa fall mera instabila vid utskrivningstillfället jämfört med före introduktionen av PPS. Denna förändring – en konsekvens av de kortare vårdtiderna – har resulterat i större krav på planering av eftervård vid sjukhem eller i hemsjukvården. En sammanfattning av PPS effekter inom några centrala kvalitetsområden redovisas i tabell 5.1.

Tabell 5.1 Sammanfattning av PPS och effekter på vårdens kvalitet

Område	Effekter (huvudsakliga resultat)
Tillgänglighet	<ul style="list-style-type: none"> • Antalet inskrivningar har minskat. • Möjligen har antalet överflyttningar till andra sjukhus ökat under senare år.
Mortalitet	<ul style="list-style-type: none"> • Inga dokumenterade effekter av PPS, oavsett om mortalitet inom sjukhus eller inom 1 år studeras. • Dödsfall sker i större utsträckning på annan plats (sjukhem, hemmet) än inom sjukhuset.
Processkvalitet	<ul style="list-style-type: none"> • PPS har inte motverkat utan snarare bidragit till förbättringar i processkvaliteten. • Minskad stabilitet vid utskrivning. • Tecken på ojämn kvalitet vid sjukhus avseende planering och tillgång till eftervård. • Inga tecken på diskriminering av patienter.
Återinskrivningar	<ul style="list-style-type: none"> • Inga signifikanta förändringar. Möjligen minskat antal återinskrivningar under senare år, men samband med PPS oklart.

Källa: Efter Coulam, R.F. & Gaumer, G.L., "Medicare's prospective payment system: A critical appraisal", *Health Care Financing Review*, 1991 Annual suppl, s 65.

Man har inte kunnat hitta några tecken på att vårdens tillgänglighet skulle ha försämrats mest för de svårast sjuka eller de allra äldsta efter introduktionen av PPS. Tvärtom finns studier som visar att antalet inskrivningar minskat mest bland de yngsta (och förmodligen de friskaste) inom Medicare.²⁰ Det finns heller inga bevis för att sjukhusen systematiskt skummat patientmarknaden på lönsamma DRG och sjukdomar, vilket är en negativ effekt som kan befaras med introduktionen av PPS. Det hindrar inte att enskilda sjukhus, exempelvis som följd av ett besvärligt finansiellt läge, agerat på detta sätt. I sammanhanget skall man dock komma ihåg att läkarnas ersättning inte baseras på DRG utan på de åtgärder som utförs på varje patient. De incitament som gäller för sjukhusen gäller således inte nödvändigtvis för läkarna.

Överflyttning av patienter till andra sjukhus är ett sätt att försöka flytta över kostnaderna för vårdtunga patienter till andra sjukhus. Möjligen finns här en effekt på senare år såtillvida att äldre veteraner i större utsträckning transporterats vidare till särskilda veteransjukhus.²¹

Det finns inga tecken på att mortaliteten har förändrats som resultat av PPS. Det är kanske inte heller så märkligt med tanke på måttets grova karaktär. Om effekter på mortaliteten kunnat härledas till PPS hade problemet varit mycket allvarligt. Däremot tycks förändringarna resulterat i att dödsfall till viss del flyttats från sjukhusen till sjukhem och andra vårdformer utanför sjukhusen.

Enligt RAND-studien fanns vissa tecken som tydde på att processkvaliteten hade förbättrats med de nya prospektiva betalningssystemen. Så långt inga problem således. Patienterna var dock mera instabila vid utskrivningen jämfört med före PPS. Det behöver inte utgöra något problem så länge vårdkedjan utanför sjukhusen fungerar. I flera fall har man emellertid konstaterat brister i planeringen av denna eftervård, problem som förvisso funnits tidigare men som till följd av PPS lyfts fram i ljuset. Med kortare vårdtider och mera instabila patienter vid utskrivningstillfället skulle man kunna miss tänka att antalet återinskrivningar ökat. Det skulle i så fall tyda på att patienterna inte behandlats färdigt. Studier har dock inte kunnat visa på några signifikanta förändringar i antalet återinskrivningar.

Sammanfattningsvis var introduktionen av PPS inom Medicare lyckosam i så måtto att utgifterna minskade. Till en del realiserades denna effekt genom en minskning i antalet inskrivningar, en effekt

som inte kan tillskrivas PPS utan snarare de kontrollarrangemang som byggdes upp för att komplettera det nya betalningssystemet. Men det finns också flera studier som visat att PPS effektiviserat vården. Åtminstone har PPS inte motverkat utvecklingen mot öppna vårdformer och kortare vårdtider. Dessa förändringar har dock till stor del varit en engångseffekt. Det finns ingenting som talar för att introduktionen av PPS lyckats påverka de underliggande och långsiktiga kostnadsökningarna. Den medicinska kvaliteten har vad man vet inte påverkats negativt, åtminstone inte generellt sett. Problemet finns såtillvida att patienterna är mera instabila vid utskrivningstillfället på grund av de kortare vårdtiderna, och att eftervården inte alltid planeras som önskvärt. Det är också till stora delar oklart vad patienterna tycker om förändringarna.

Styckpridförsöket i Norge

I Norge är ansvaret för den offentliga hälso- och sjukvården till stor del decentraliserat till kommuner och fylkeskommuner. Kommunerna ansvarar för primärvården. Ansvaret för akutsjukvården är delegerat till 19 fylkeskommuner. Några få sjukhus ägs av staten. Vad gäller finansieringen har fylkena ingen egen beskattningsrätt. Förhandlingar med staten bestämmer de övergripande finansiella ramarna, och hur stor del av resurserna som skall användas till hälsovård.

Reformer inom den norska hälso- och sjukvården har på senare tid framför allt varit inriktade på sjukhussektorn. Antalet sjukhusängar i förhållande till befolkningens storlek har traditionellt varit högt. För att komma tillrätta med detta problem genomfördes en reform i början av 1980-talet, som innebar att primärvårdens utbyggnad prioriterades. Samtidigt reducerades antalet sjukhusängar med ca 20 procent. Även det så kallade styckpridförsöket, som påbörjades 1990 med socialdepartementet som huvudansvarig, är inriktat på sjukhussektorn och målsättningen är att förbättra den slutna somatiska vårdens produktivitet.

Tidigare har sjukhusen i Norge haft en kostnadsbudget från respektive fylke som påminner om de traditionella svenska rambudgeterna. Liksom vid svenska sjukhus har det funnits brister i kopp-

lingen mellan ekonomi och verksamhet. För vissa åtgärder har funnits långa köer. Det var bland annat mot denna bakgrund som arbetet med en ny nationell hälso- och sjukvårdsplan – Helsepolitikken mot år 2000; nasjonal helseplan – resulterade i Stortingets beslut att pröva nya former för sjukhusens finansiering. Med ersättning per prestation och med bättre koppling mellan verksamhet och ekonomi skulle produktiviteten inom sjukhusen öka.

Styckprisförsöket

En central fråga i diskussionerna om försökets uppläggning var för- och nackdelarna med en styckprisbetalning för de slutna sjukhus-tjänsterna.²² Med styckprisbetalning gavs klara incitament för en ökad produktivitet, menade utredarna. Samtidigt kunde det bli svårare att behålla kontrollen över totalkostnaderna och möjligheterna till en regional planering. Stortingets slutsats var att en kombination av styckpris och ramersättning var att föredra. På detta sätt menade man att de olika lösningarnas fördelar kunde utnyttjas.²³

Således skulle ramersättningen bidra till att hålla totalkostnaderna under kontroll, och samtidigt möjliggöra en rättvis regional fördelning av resurserna. Styckprisbetalningen skulle ge incitament till ökad produktivitet. Fylkeskommunernas ansvar för ägande och övergripande förvaltning kunde kvarstå, liksom de hälsopolitiska målen om en god vård på lika villkor. Sjukhusens andel av den totala sjukvårdsbudgeten skulle också fortsättningsvis bestämmas och styras politiskt.

Det slutliga valet av fördelning i den nya finansieringsordningen föll på 60 procent ramersättning och 40 procent styckprisbetalning. Som grund för den prestationsbaserade delen av ersättningen valdes DRG-systemet. Som utgångspunkt för beslut om finansiering skulle en aktivitetsplan förhandlas fram i dialog mellan respektive fylke och sjukhus. Aktivitetsplanen skulle ange hur många och vilka patienter som man förväntade sig under året. Utifrån planen kunde sedan andelen styckprisfinansiering från staten bestämmas. Denna del utbetalades successivt genom Rikstrygdeverkets försorg, med utgångspunkt i registrerade vårdtillfällen per DRG. Återstående ramfinansiering skulle fylkena själva svara för. Genom denna finansieringsordning hade fylkena en mycket central roll som tänkta beställare av sjukhusens vårdtjänster.

Med den nya ersättningsformen infördes en tydlig koppling mellan sjukhusens verksamhet och ekonomi. En faktisk aktivitet i överensstämmelse med den planerade innebar att sjukhusen fick intäkter i nivå med det traditionella budgetstyrda sättet. Om aktiviteten mätt med DRG däremot understeg den planerade volymen, innebar de nya ersättningsprinciperna att sjukhusen fick mindre ersättning än de annars skulle fått. Om aktiviteten ökade, ökade också intäkterna. Genom att staten ansvarade för den prestationsrelaterade delen av ersättningen, stod staten också som ansvarig för eventuella tilläggsanslag.

Under försöksperioden bestämdes att den genomsnittliga vårdvolymen under 1989 och 1990 skulle utgöra bas för ersättningarna. Den nationella prislistan för styckprisfinansieringen baserades ursprungligen på kostnadsberäkningar som utförts med landsomfattande statistik som utgångspunkt. Alla kostnader förutom kapitalkostnader för byggnader, lokaler och fast utrustning finns med i kostnadsberäkningarna. Ingen extra ersättning utgår för att upprätthålla kompetens inom smala verksamhetsområden. Denna verksamhet skall finansieras via ramersättningen. Däremot kan extra ersättning erhållas för så kallade ytterfall, dvs för vårdtillfällen med mycket långa vårdtider. Dagkirurgi liksom annan öppen vård vid sjukhusen omfattas inte av styckpridförsöket.

Med tanke på osäkerheten avseende effekterna, och lämplig andel styckprisbetalning, bestämdes att de nya ersättningsformerna skulle prövas i en försöksverksamhet under två år, 1991–1992. När projektet påbörjades medverkade fyra sjukhus i två olika fylken. Det är Haukeland sykehus och Fylkessykehuset på Stord i Hordaland fylke, samt Nordland sentralsykehus och Rana sykehus i Nordland fylke. Haukeland är ett större regionsjukhus med drygt 1 000 vårdplatser. Nordland motsvarar ett svenskt länssjukhus och har knappt 400 vårdplatser. Stord och Rana är mindre sjukhus med ca 110 respektive 80 vårdplatser.²⁴

Vilka blev effekterna?

Det är ännu för tidigt att dra några definitiva slutsatser av de nya ersättningsprincipernas effekter. SINTEF-NIS, Norsk Institutt før Sykehusforskning har fått i uppgift att utvärdera försöket, och slutrapport för de första försöksåren 1991–1992 är att vänta under 1994.

SINTEF-NIS har dock sammanställt en rapport över det första årets erfarenheter, och det är denna rapport tillsammans med rapporter från socialdepartementet och intervjuer med berörda utredare, som redovisningen nedan baseras på.²⁵

Det kanske mest uppseendeväckande resultatet av det första försöksåret (1991) var att sjukhusens verksamhetsvolym ökade. Denna effekt kunde noteras redan efter ett halvår då antalet behandlade patienter ökat med totalt 7 procent. Rana hade efter denna period ökat antalet behandlade patienter med drygt 23 procent, delvis som resultat av en låg utgångspunkt vid början av året.²⁶ Vid årsslutet hade verksamhetsvolymen ökat vid samtliga sjukhus, både mätt som antalet patienter och enligt DRG-index. Störst var ökningen på Stord där antalet behandlade patienter ökat med drygt 12 procent. Därefter kom Rana med 3,2 procent, Haukeland med 2,8 procent och Nordland med 2,0 procent. Mätt i DRG-index var ökningen störst på Stord följt av Haukeland, Rana och Nordland. Totalt sett hade DRG-index ökat med 5,3 procent. Aktiviteten vid sjukhusen hade också ökat mellan 1989 och 1990. Ökningen under 1991 (första försöksåret) var dock långt större än de aktivitetsplaner som upprättats.

Vid årets slut hade staten fått betala ut 32,8 miljoner Nkr extra i styckprisbetalning för att täcka den ökade verksamhetsvolymen jämfört med genomsnittet för åren 1989 och 1990. Det motsvarar ca 2,4 procent av sjukhusens totala driftskostnader för året. Därutöver hade respektive fylke fördelat tilläggsanslag i olika former till sjukhusen. Samtliga sjukhus hade erhållit någon form av sådana anslag, och detta trots att försökets spelregler inte medgav någon sådan extra ersättning från fylkena. Totalt hade därmed utgifterna ökat med 7,2 procent. Utgifterna hade ökat också under 1990, men inte i samma takt.

Utgiftsökningarna försvårade åtminstone i ett fall försökets förutsättningar. Redan under sommaren 1991 stod klart att Haukeland skulle få ett stort budgetöverskridande. Från fylkespolitikerna begärdes då tilläggsanslag från staten. Det hela slutade med att fylket fick skjuta till ytterligare medel, mot kravet att kostnaderna skulle balanseras under 1992. Under denna process kom försöket med styckprisfinansiering på undantag. Traditionella nedskärningar genom reduceringar i verksamheten och i antalet behandlade patienter tog överhand.

Målsättningen med styckpridförsöket var inte primärt att öka

verksamhetsvolymen utan att förbättra produktiviteten. Den utvärdering som genomförts för de första åren kan naturligtvis inte ge något svar på frågan om denna målsättning kommer att uppnås. De preliminära resultaten är dock inte uppmuntrande. För Haukeland sjönk produktiviteten både 1990 och 1991 med 2,9 respektive 2,1 procent, mätt som skillnad i kostnaden per DRG-poäng. Stord försämrade produktiviteten under 1990 med 3,1 procent medan den förbättrades med 8,2 procent under 1991. Rana uppvisade förbättringar i produktiviteten under 1990 med 8,7 procent, och försämringar med 7,6 procent under 1991. För Nordland, slutligen, förbättrades produktiviteten båda åren med 4,9 respektive 0,3 procent.

En utvärdering av produktivitetsskillnaderna försvåras inte enbart av det faktum att försöket pågätt en kort tid. Även den nya registreringen av patienter i DRG-grupper har konsekvenser för möjligheterna att utvärdera. En till synes förbättrad produktivitet mätt som reducerad kostnad per DRG kan i bästa fall förklaras av en reell produktivetsförbättring; antingen genom att kostnaderna minskat eller genom att antalet behandlade patienter och/eller vårdtyngden ökat utan motsvarande ökning på kostnadssidan. Samma effekt på produktivetsmått kan emellertid också uppstå i de fall sjukhusen förändrat sin praxis vad gäller registreringar.

SINTEF-NIS analys av det första försöksåret med styckprisbetaling visade inget klart samband mellan den nya ersättningsformen och en effektivisering av driften. Däremot fanns tecken på att styckprisbetalingen bidragit till en ökning i antalet behandlade patienter. I efterhand kan konstateras att det var denna möjlighet att er hålla tilläggsanslag, som präglat såväl fylkenas som sjukhusens agerande. Genom att fylkena gav sjukhusen tilläggsanslag möjliggjordes en högre verksamhetsvolym, som sedan till stor del bekostades av staten. Sett utifrån det lokala perspektivet var egentligen incitamenten att förbättra produktiviteten mycket begränsade. Budgetprocessen internt inom sjukhusen och relationerna med fylkena fortgick i stort sett som tidigare. DRG användes inte som det instrument för prioriteringar som förutsatts i utredningen. Dialogen mellan fylkena som beställare och sjukhusen som producenter hade aldrig kommit till stånd.

Första försöksåret 1991 präglades av många administrativa problem. Det fanns stora brister i kostnadsredovisningen och DRG-registreringen var något nytt. Samtidigt skulle aktörerna på både cen-

tral och lokal nivå snabbt försöka ikläda sig nya roller som finansierare, beställare och producenter. Med tanke på dessa omställningsproblem har försöksperioden förlängts ett år, dvs till och med 1993. Försöket har också utvidgats till att omfatta alla sjukhusen i Nordland fylke. Dessutom har spelreglerna förändrats. Från och med 1992 är det inte möjligt för sjukhusen att få ytterligare pengar från staten för utökad verksamhetsvolym, om man inte samtidigt kan påvisa en förbättrad eller åtminstone oförändrad produktivitet i förhållande till 1989/90. Det ställer mycket stora krav på redovisningen och uppföljningen av kostnaderna per DRG. I annat fall finns risk att sjukhusen själva (eller fylkena) helt får finansiera en ökad aktivitet.

Sammanfattningsvis har styckpridförsöket i Norge så här långt resulterat i en ökad verksamhetsvolym bland sjukhusen, men också i ökade kostnader. Det har varit möjligheterna att erhålla extra statlig finansiering som präglat både Fylkenas och sjukhusens agerande. Det har i sin tur lett till att den centrala projektledningen i form av socialdepartementet stramat upp regelverket. Det återstår att se om denna förändring kan skapa de önskvärda effekterna, dvs en mera positiv produktivitetsutveckling hos sjukhusen.

Förändringar inom brittiska NHS

Pågående förändringar inom brittiska NHS, mot "managed competition" med beställare och mera fristående vårdproducenter, introducerades med Mrs Thatchers dokument "Working for patients", publicerat 1989. De problem som uppmärksammades, och som användes som argument för reformen, var framför allt de stora skillnaderna i praxis. I en situation med knappa resurser och köer till den offentliga vården låg det nära till hands att uppfatta dessa variationer som tecken på ineffektivitet.

"In 1986-7, the average cost of treating acute hospital in-patients varied by as much as 50 per cent between different health authorities, even allowing for the complexity and mix of cases treated. Similarly, a patient who waits several years for an operation in one place might get the same operation within a few weeks in another. There are wide variations in the drug prescribing habits of general practitioners, and in some places drug costs are nearly twice per head of population as in others. And, at the

extremes, there is a twenty-fold variation in the rate at which general practitioners refer patients to hospital. The government wants to raise the performance of all hospitals and general practitioner practices to that of the best."²⁷

Reformen, som sjösattes i april 1991, har flera likheter med de förändringar som prövas i svenska landsting. Viktiga skillnader är att reformen inom NHS styrs från den nationella nivån och är mera omfattande. Liksom i den svenska hälso- och sjukvården finns en övergripande strävan att separera beställar- och producentrollerna, och att tillämpa kontraktsmässiga betalningsformer gentemot sjukhusen. Inom NHS finns två typer av beställare etablerade. De finansiellt sett mest betydelsefulla är så kallade District Health Authorities (DHAs), som tidigare utövade ett mera direkt inflytande över sjukhusens verksamhet, motsvarande de svenska landstingsledningarnas. Därutöver har det blivit möjligt för allmänläkargrupper med fler än 9 000 listade patienter att bli så kallade GP-fundholders.²⁸ Dessa budgetansvariga allmänläkare utgör ett nytt inslag inom NHS och har stått för en stor del av förnyelsen när det gäller de kontraktsmässiga relationerna till sjukhusen, trots att de sammanlagt svarar för en liten del av den finansiella omslutningen inom NHS.

Ungefär en fjärdedel av patienterna är i dag listade hos någon GP-fundholder, och andelen växer snabbt. Det finns dock stora variationer mellan olika distrikt och mellan stad och landsbygd. I en del distrikt är majoriteten av patienterna listade hos budgetansvariga allmänläkare, medan knappt några patienter finns listade i exempelvis Londons innerstad.

En ytterligare viktig förändring är att det blivit möjligt för sjukhusen inom det offentliga systemet att bli så kallade NHS Trusts. Dessa "trusts" lyder direkt under den centrala ledningen inom NHS. Syftet med denna förändring var att möjliggöra ett större oberoende för sjukhusen. "NHS Trusts" kan således inom vissa gränser själva utarbeta anställningsvillkor för personalen, sluta kontrakt med andra vårdgivare och underleverantörer, låna upp kapital för att täcka underskott i verksamheten m m. 1993 fanns det sammanlagt 330 "trusts" etablerade vilket motsvarar ungefär hälften av alla vårdplatser inom NHS. Våren 1994 kommer enligt planerna ca 95 procent av alla sjukhus inom NHS att ha övergått till "trusts".²⁹

Thatchers reformförslag gav upphov till en rad protester från läkare och andra. Kritik riktades både mot förslagen i sig och mot tan-

ken på att genomföra reformen i full skala, utan erfarenheter från mera begränsade experiment eller försök att stödja sig på.³⁰ Även om reformen formellt sett vände upp-och-ner på NHS över en natt, har övergången från gammalt till nytt introducerats gradvis. Således uppmanade Department of Health alla nya beställare i form av DHAs och GP-fundholders att till en början utnyttja sjukhusens tjänster som tidigare, med den förändringen att kontrakt skulle ligga till grund för utnyttjande av vårdtjänster. Samma förändringsstrategi tillämpas i princip i flera av de svenska landstingen. Principiellt sett introduceras stora men ofullständiga förändringar; med beställare och konkurrens mellan vårdproducenter som centrala inslag. Genom att alla iblandade aktörer agerar inom ett och samma integrerade system – brittiska NHS repektive de svenska landstingen – kan centralt ansvariga trots allt styra förändringstakten och korrigera för brister och problem efter hand som de uppstår. På så sätt kan också det fullständiga kaoset undvikas.

Skillnader mellan beställarna

Det är inte möjligt att på nuvarande grunder göra någon egentlig utvärdering av om reformen inom NHS har resulterat i mer och bättre vård för pengarna. Den centrala ledningen inom NHS redovisade redan efter det första halvåret positiva förändringar i form av ökad aktivitet och kortare köer.³¹ I realiteten är dock effekterna på vården osäkra. Det finns flera parallella utvecklingslinjer som kan vara av större betydelse för de förändringar som konstaterats, exempelvis den allmänna utvecklingen mot större andel öppen vård.³² Det finns dock intressanta erfarenheter av själva förändringsprocessen dokumenterade, inklusive de nya kontraktsformer som prövas mellan beställare och sjukhus, och hur de inblandade aktörerna förändrat sitt agerande.

Önskemålen om gradvisa förändringar – eller "smooth takeoff" som Thatcher uttryckte det – hörsammades överlag av DHAs. De första åren har således präglats av förändringar i "management" snarare än av en utveckling mot "competition".³³ På många håll har det också funnits en ovilja att delegera ansvar och befogenheter till sjukhusledningarna. Man gör i stort sett som tidigare, men tillämpar kontraktsliknande former för ersättningarna. Det kan måhända också vara en förklaring till det stora intresset bland sjukhusen att få bli

”trusts”. För sjukhusens del har DHAs till övervägande delen tillämpat olika former av blockkontrakt. Blockkontrakten har i sin tur baserats på historiska data, varför de i många fall närmast kan beskrivas som omskrivningar av tidigare anslag.

Till de mera positiva förändringarna hör att kontrakten kompletterats med krav på kvalitet och servicenivåer, och att samarbetet mellan DHAs och allmänläkare sägs ha ökat. Effekterna på vården av dessa förändringar är dock osäkra, bland annat då uppföljningen av fastställda mål i många fall är bristfällig.³⁴ Situationen påminner om den i flera svenska landsting. Man är som beställare och producent osäker i sin nya roll, och det finns brister i informationen om prestationerna och dess kostnader. Det blir då naturligt att så långt möjligt försöka reducera osäkerheten genom att agera som tidigare.

Om majoriteten av beställarna inom det nya NHS accepterade önskemålen om gradvisa och försiktiga förändringar, rådde en delvis annan inställning bland de nyetablerade budgetansvariga allmänläkarna.³⁵ Dessa beställare i form av vårdens första led utgjorde ett nytt inslag inom NHS, och var således inte belastade av traditioner, förväntningar eller vanor, såsom de etablerade DHAs. Många av de budgetansvariga allmänläkargrupperna hade svårt att acceptera de önskemål om ”steady-state” som utgick från den centrala ledningen inom NHS. Varför skall vi inte utnyttja vår nyvunna position? Vi behöver inga anvisningar eller råd från den centrala nivån! Denna inställning har fått som konsekvens att det är de mera oberoende allmänläkargrupperna som trots sin relativt blygsamma position i förhållande till DHAs, stått för de mera intressanta innovationerna inom det reformerade NHS.

Nya kontraktsformer

De budgetansvariga allmänläkarnas önskemål och krav har lett till att flera skilda kontraktsformer tillämpats relativt sjukhusvården. Några av allmänläkarna har tillämpat blockkontrakt; i några fall i direkt överensstämmelse med de kontrakt som tecknats mellan sjukhusen och DHAs. Andra har tecknat kontrakt där viss vårdvolym och ersättning för denna specificeras mera explicit, inklusive priser för vårdtjänster som överstiger den avtalade vårdvolymen. I andra fall anges i stället att omförhandlingar skall ske i de fall efterfrågan överstiger avtalad vårdvolym. Ytterligare andra allmän-

läkargrupper ersätter sjukhusen löpande per vårdtillfälle och besök.

Överlag tillämpar GP-fundholders i större utsträckning ersättning för enskilda prestationer. Intresset för denna betalningsform har också ökat över tiden.³⁶ Man skall dock komma ihåg att förutsättningarna skiljer sig i jämförelse med DHAs. De budgetansvariga allmänläkarna köper enbart elektiv vård av sjukhusen, och slipper förhandlingar och överenskommelser kring akutsjukvården.

Sjukhusen har till en början haft svårt att tillmötesgå allmänläkarnas krav och önskemål. Det beror till viss del på praktiska problem avseende brister i sätten att beskriva prestationerna och i kostnadsredovisningen, men också på svårigheter att utan vidare acceptera maktförskjutningen från sjukhusens specialister till allmänläkarna. I något fall har rått en närmast fientlig inställning från sjukhusens specialister. Även i andra fall har allmänläkarna mötts av en monopolistisk inställning.³⁷ Inom parentes kan också noteras att stora delar av läkarkåren från början var skeptisk till själva idén med fundholding. Från British Medical Association utgick ett allmänt brev där allmänläkarna uppmanades att inte delta i förändringen mot GP-fundholders.³⁸

De budgetansvariga allmänläkarna har inte enbart stått för förnyelse när det gäller de kontraktsmässiga ersättningarna. Kraven på sjukhusens servicenivåer och åtaganden har dessutom varit mer specifika i jämförelse med de krav som DHAs angett. Det är ytterligare tecken på att allmänläkarna inte såg sig bundna av önskemålen från den centrala ledningen inom NHS om en försiktig förnyelse. Man ställde inte enbart krav på kortare kötider och väntetider vid besök. En del allmänläkargrupper hade långt större önskemål om att patienterna skulle träffa specialist vid första besöket, att återbesök i en del fall skulle godkännas av allmänläkarna, att rekommendationer skulle diskuteras mellan patient och allmänläkare innan behandling påbörjades, att en del av specialisternas verksamhet flyttades ut till allmänläkarnas mottagningar etc.³⁹ Successivt har de budgetansvariga allmänläkarna också fått gehör för önskemålen. Sjukhusen har anpassat verksamheten, om än till en början motvilligt. Möjligheterna till utträde, dvs möjligheterna för allmänläkarna att ta pengarna och vända sig till något annat sjukhus, har i de flesta fall inte utnyttjats. Hotet om denna möjlighet har i de flesta fall varit tillräckligt för att få till stånd en dialog och anpassning från sjukhusens sida.

Det som från början uppfattades som en marginell företeelse inom det reformerade NHS – budgetansvariga allmänläkare – har i efterhand visat sig stå för en stor del av innovationerna och förnyelsen. Vad gäller valet av kontraktsformer tycks finnas en förkärlek till prestationsbaserade principer där ersättningen knyts till vårdtillfällen och besök. De budgetansvariga allmänläkarnas agerande och framgång har fått stor uppmärksamhet, också i andra länder. Framtiden för denna lösning inom NHS är dock fortfarande oviss. Så här långt har de budgetansvariga allmänläkarna fungerat som en dynamisk faktor inom NHS, och på så sätt satt press på andra aktörer i form av sjukhus, DHAs och allmänläkare utan budgetansvar.

Kritikerna – bland annat oppositionen till den nuvarande regeringen – menar att systemet med budgetansvariga allmänläkare förstör möjligheterna att planera utifrån helhetsansvaret. Det är lätt att vara en aggressiv förhandlare när man slipper ansvaret för akut-sjukvården och dyrare behandlingar, menar man. Vidare menar kritikerna att de dubbla systemen (budgetansvariga allmänläkare respektive allmänläkare med traditionellt ansvar) skapar etiska problem såtillvida att patienterna behandlas olika beroende på var de är listade. Förespråkarna – bland andra den sittande regeringen – är emellertid förtjusta över den entreprenöranda som rått bland de budgetansvariga allmänläkarna. Dessutom menar man att det förvisso kan finnas skillnader mellan den vård som patienterna får, men att slutsatsen knappast kan bli att det mest framgångsrika systemet skall skrotas.

Det kan noteras att flera viktiga och svåra frågor återstår att lösa om systemet med budgetansvariga allmänläkare skall genomföras i full skala; det gäller bland annat hur allmänläkarnas budget skall bestämmas. Hittills har budgetarna bestämts utifrån historiska data om allmänläkarnas tidigare remisser. Det finns också en osäkerhet avseende de långsiktiga effekterna på vården och patienternas välbefinnande.⁴⁰ Kommer allmänläkarna att skumma marknaden och enbart lista unga och friska patienter? Kommer allmänläkarna att underlåta att remittera patienter till specialister även i de fall det är medicinskt motiverat? Vilka är de långsiktiga effekterna på den medicinska kvaliteten? Kritiska röster mot lösningen saknas inte, även om patienterna så här långt förefaller nöjda.⁴¹

Liksom i den svenska hälso- och sjukvården tycks en allmän inställning inom NHS vara att det inte finns någon väg tillbaka till de

gamla styrprinciperna. Samtidigt finns flera alternativa vägar mot framtiden. Det återstår att se vilken framtid de budgetansvariga allmänläkarna kommer att få. Det kan till stor del bero på hur väl och snabbt DHAs anpassar sig till sin nya roll som beställare av sjukhusens tjänster.

Vad kan Sverige lära?

Det är naturligtvis inte möjligt att utifrån de enskilda fall som presenterats lägga fram några vetenskapligt belagda fakta, som direkt skulle kunna utnyttjas i det pågående svenska förändringsarbetet. Den samlade kunskapen om prestationsbaserad ersättning är ännu begränsad. I vart och ett av de fall som redovisats – PPS i USA, styckpridförsöket i Norge och förändringar inom brittiska NHS – finns dock flera lärdomar som tillsammans med de svenska erfarenheterna kan ligga till grund för en mera kvalificerad diskussion om den fortsatta förnyelsen. I detta avsnitt skall några av de lärdomar som redovisats understrykas.

De tidiga försöken med prospektiva betalningssystem (PPS) i USA resulterade bland annat i att aktiviteten, antalet inskrivna patienter, ökade. Att så var fallet är i sig inte förvånande. En ersättning per prestation i termer av vård dagar eller vårdtillfällen ger naturligt anledning att försöka göra fler prestationer; åtminstone i en situation då det ställs någon form av ekonomiska krav på vårdgivarna. Vid introduktionen av PPS var detta ett orosmoment hos ansvariga inom HCFA. Syftet med introduktionen av DRG var att få kontroll över kostnadsutvecklingen genom att ersätta sjukhusen med fasta belopp för olika diagnosgrupper, inte att öka vårdvolymen. Med det nya betalningssystemet etablerades därför så kallade PROs (Peer Review Organizations) som hade till uppgift att genom stickprov kontrollera journaler så att det nya betalningssystemet inte missbrukades. Vid onödiga inskrivningar kunde PROs vägra ersättning till sjukhusen. Samtidigt utgick ett allmänt budskap från HCFA att man inte skulle acceptera någon ökad vårdvolym som följd av de nya DRG-baserade ersättningarna. Följden blev att antalet inskrivningar till och med minskade något. Denna utveckling har ännu inte helt förklarats, men kontrollarrangemangen kan ha haft stor betydelse.

Lärdomen är att effekterna av tillämpade ersättningssystem inte enbart beror på de incitament ersättningarna i sig ger. Arrangemang i form av aktiva beställare som genom uppföljning, sanktioner och belöningar ställer krav på vårdproducenterna är också viktiga för de effekter som uppstår.

Erfarenheterna av PPS i USA visar också att betalningsformerna har betydelse för den typ av vård som tillhandahålls. Här finns förvisso betydande svårigheter att utreda orsak och verkan; det finns många utvecklingslinjer parallellt med införandet av DRG som kan ha haft betydelse för förändringar i vårdutbudet. En rimlig slutsats är dock att DRG-ersättningen åtminstone inte motverkat utvecklingen mot kortare vårdtider och större efterfrågan på andra vårdformer såsom öppen vård, sjukhem och hemsjukvård. PPS har också gett besparingar inom Medicare. De värsta farhågorna om en försämrad vårdkvalitet till följd av PPS har heller inte realiserats. Emellertid finns tecken på att patienterna är mera instabila vid utskrivningstillfället, och således i behov av en bättre planerad eftervård på sjukhem eller i hemmet. Det är osäkert hur patienterna upplever det förändrade vårdutbudet.

Det har skrivits en mängd artiklar om effekterna av PPS inom Medicare. Någon entydig bild lär aldrig kunna presenteras. Det beror till viss del på att effekterna på kort och lång sikt kan skilja sig, men kanske framför allt på de många parallella utvecklingslinjerna och avsaknaden av en på förhand bestämd strategi för utvärdering. Tio år efter introduktionen finns dock inga tecken på att intresset för prospektiva betalningssystem skulle avta. Varianter av prospektiv betalning, med utgångspunkt i DRG eller andra beskrivningar, används i dag av flera delstater för ersättning från Medicaid-programmet. DRG används på olika sätt också inom privata försäkringslösningar och inom det federala programmet för vård till veteraner och deras anhöriga. Samtidigt finns en ökad insikt i de problem som DRG och prospektiva ersättningssystem inte kan lösa. Det gäller bland annat frågan om den långsiktiga kostnadskontrollen. Trots de besparingar som DRG gett i federala utgifter fortsätter numera de totala sjukvårdskostnaderna att öka i samma takt som tidigare.

Styckprövsförsöket i Norge är intressant såtillvida att man på annat sätt försökte stävja de incitament till en ökad vårdvolym som ersättning per DRG medför. I stället för kontrollarrangemang valde man att basera ersättningarna på en kombination av ram- och DRG-base-

rad finansiering. Man gav också redan när försöket introducerades ett fristående forsknings- och utredningsinstitut uppdraget att utvärdera eventuella förändringar i vården. Det första årets erfarenheter av styckprisensättningen var troligen en besvikelse. Verksamhetsvolymen vid alla de sjukhus som deltog i försöket ökade samtidigt som det inte fanns några tecken på att produktiviteten förbättrades. Förklaringen kan så här i efterhand tyckas självklar. Sjukhusen och fylkena hade inte samma uppfattning om problemen och de DRG-baserade ersättningarnas möjligheter som den centrala projektledningen i form av socialdepartementet. Sjukhusen och fylkena såg i de nya ersättningsprinciperna främst en möjlighet att er hålla ytterligare finansiering till verksamheten, och man agerade därefter. Fylkena gav sjukhusen tilläggsanslag så att kapaciteten kunde ökas. Det var ändå staten som genom styckpriserna fick stå för större delen av den utökade verksamhetens kostnader. Följden blev att socialdepartementet tvingades strama upp regelverket. Det återstår att se om man därigenom lyckas uppnå de önskvärda effekterna att förbättra sjukhusens produktivitet. En viktig lärdom är att berörda aktörer – vårdgivare och andra – vid introduktion av nya betalningsformer kommer att agera utifrån sin egen uppfattning om problemen, som inte nödvändigtvis överensstämmer med reformansvarigas uppfattning.

Förändringarna inom brittiska NHS påminner mycket om förnyelsen i flera svenska landsting. Man introducerar omfattande reformer vars detaljutformning avgörs efter hand som erfarenheterna och kunskapen om problemen ökar. Genom att alla inblandade aktörer i form av politiker, beställare och producenter agerar inom ett och samma integrerade system (det brittiska NHS och de svenska landstingen) blir en sådan förändringsprocess också möjlig. Problem och brister kan om det behövs lösas genom krav på anpassning, och detta oavsett vad de interna regelverken föreskriver. Något liknande hade varit helt omöjligt inom exempelvis det pluralistiskt organiserade sjukvårdssystemet i USA.

Det är ännu för tidigt att utvärdera förändringarna inom NHS. Frågan är om det överhuvudtaget kommer att vara möjligt att redogöra för effekterna. Många parallella utvecklingslinjer kan ha betydelse för förändringar i vårdutbudet. Som nämnts har detta gett problem vid utvärdering av effekterna inom Medicare, och problemen torde vara ännu större inom det brittiska NHS då förändringarna

genomförs som ett experiment i full skala. Det finns dock för svenskt vidkommande flera intressanta erfarenheter av själva förändringsarbetet. Förutsättningarna och problemen inom det traditionella NHS är dessutom lika de svenska landstingens.

En viktig lärdom från förnyelsen inom NHS är skillnaderna mellan de olika beställarnas agerande. De etablerade DHAs (District Health Authorities) har accepterat önskemålen från den centrala ledningen inom NHS om gradvisa och försiktiga förändringar. Nykomlingen på scenen, de budgetansvariga allmänläkarna (GP-fundholders), agerade annorlunda och hade svårt att acceptera dessa önskemål. Man ställde mera specifika krav på sjukhusen i jämförelse med DHAs, och man har åtminstone inledningsvis svarat för de mera intressanta innovationerna vad gäller kontraktsformer. Konsekvensen har blivit att flera olika kontraktsformer tillämpas. I jämförelse med DHAs prövas i större utsträckning prestationsbaserad ersättning, och man ställer mera specifika krav på verksamheten. Många DHAs har haft svårt att hitta kontraktsformer som är något mer än en omskrivning av tidigare anslag. Denna skillnad i agerande visar att tidigare vanor och traditioner kan ha stort inflytande över de effekter som blir följden av att en given lösning introduceras. Inom brittiska NHS hade de budgetansvariga allmänläkarna inga sådana vanor, traditioner eller förväntningar från andra aktörer. Man kunde därmed också agera mera oblygt gentemot sjukhusens specialister.

Noter

¹ Se t ex OECD (1992) och Rehnberg (1992).

² Se t ex Anell (1991b).

³ Se Forsberg & Calltorp (1993), Charpentier & Samuelson (1993a, 1993b) och utlåtanden nr 1 och 2 av "Granskarna" Södersten, Stenhammar & Segerberg (1993).

⁴ Beskrivningen av det amerikanska hälso- och sjukvårdssystemet baseras i huvudsak på uppgifter från De Lew et al (1992). För en svensk översikt se Rehnberg (1991).

⁵ Beskrivningen av Medicare baseras på De Lew et al (1992).

⁶ Beskrivningen av PPS och dess introduktion baseras på Russell (1989), Averill & Kalison (1991), Donaldson & Magnussen (1992) samt De Lew et al (1992).

- ⁷ Uppgifterna är hämtade från Donaldson & Magnussen (1992).
- ⁸ Russell (1989) samt uppgifter direkt från ProPAC, *Prospective Payment Assessment Commission*. ProPAC är en oberoende rådgivande kommission under kongressen som följer och utvärderar PPS samt ger råd och förslag till förbättringar till HCFA och kongressen.
- ⁹ Russell (1989).
- ¹⁰ Framför allt utgår resonemanget från fyra översikter. Det är Russell (1989), Donaldson & Magnussen (1992), Guterman et al (1991) och Coulam & Gaumer (1991). Personliga intervjuer med forskare och utredare vid bland annat ProPAC har kompletterat resonemanget.
- ¹¹ Russell (1989).
- ¹² Coulam & Gaumer (1991).
- ¹³ Se Russell (1989) och Coulam & Gaumer (1991).
- ¹⁴ Se Schwartz & Mendelson (1991).
- ¹⁵ Kahn, et al (1990).
- ¹⁶ Coulam & Gaumer (1991).
- ¹⁷ Enligt Coulam & Gaumer (1991) finns enbart en studie som menar att hela besparingseffekten kan tillskrivas det färre antalet inskrivningar. Enligt Russell (1989) förklarar det minskade antalet inskrivningar ca en tredjedel av besparingarna inom Medicare.
- ¹⁸ Se exempelvis Campbell & Kane (1990) och Maarse et al (1993).
- ¹⁹ Resultat från fem av dessa sjukdomar har hittills presenterats. Dessa är hjärtsvikt, hjärtinfarkt, höftfraktur, lunginflammation och hjärnblödning, se Kahn et al (1992) och även *Journal of the American Medical Association*, 264 (15), 1990.
- ²⁰ Coulam & Gaumer (1991).
- ²¹ Coulam & Gaumer (1991).
- ²² Uppgifterna om det norska styckpröfsöket är i huvudsak hämtade från socialdepartementet (1990 och 1992) och SINTEF-NIS (1992). Personliga intervjuer med ansvariga på socialdepartementet och för utvärderingen vid SINTEF-NIS kompletterar beskrivningarna.
- ²³ En liknande lösning föreslås av Ellis & McGuire (1986).
- ²⁴ *Socialdepartementets informationsavis om DRG-styckprisöket*, oktober 1991.
- ²⁵ SINTEF-NIS, Arbetsrapport FT-81A92023, Socialdepartementet (1992) samt Socialdepartementet, *Prislista för patientbehandling i styckprisöket*, 1991 respektive 1992.
- ²⁶ *Socialdepartementets informationsavis om DRG-styckprisöket*, oktober 1991.
- ²⁷ Department of Health (1989).
- ²⁸ Kraven på antal listade patienter har därefter sänkts till 7 000 i England och 6 000 i Skottland.
- ²⁹ Bartlett & Le Grand (1993).
- ³⁰ Abel-Smith (1992).
- ³¹ Department of Health (1992).
- ³² Se Ham (1992).
- ³³ Se Ham (1992).

³⁴ Se Abel-Smith (1992).

³⁵ Glennerster et al (1992).

³⁶ Bartlett & Le Grand (1993).

³⁷ Glennerster et al (1992).

³⁸ Abel-Smith (1992).

³⁹ Se vidare Glennerster et al (1992).

⁴⁰ För diskussion om incitament hos budgetansvariga allmänläkare, se Healey & Yule (1993).

⁴¹ Se Glennerster et al (1992).

6. Sammanfattning och slutsatser

Denna bok har handlat om olika sätt att betala sjukhus och kliniker för de vårdtjänster dessa vårdproducenter tillhandahåller. Utgångspunkten har varit en hälso- och sjukvård som i betydligt större utsträckning än tidigare uppmärksammar de prestationer som utförs, och som särskiljer ansvaret för att beställa och producera vård. Vilka slutsatser kan då dras från bokens genomgång av olika lösningar? Vad kan vi lära av andra länders erfarenheter? I detta avslutande kapitel sammanfattas bokens främsta budskap. Konsekvenser för den fortsatta förnyelsen i svensk hälso- och sjukvård diskuteras.

Olika lösningar

Med offentlig finansiering blir frågan om resurstilldelningen till hälso- och sjukvården en fråga för politikerna. Det är också politikerna som avgör vem som skall beställa vårdtjänsterna, och vilka spelregler beställare, vårdproducenter och patienter har att rätta sig efter.

Frågan om vem som skall beställa vården handlar till stor del om att balansera patienternas, finansiärernas och vårdproducenternas respektive intressen. Var och en av dessa intressenter har egna och delvis motstridiga krav och önskemål. Patienter och vårdproducenter vill rimligen ha så stora frihetsgrader som möjligt, var och en på sitt sätt. Det kan t ex gälla val av vårdgivare för patienterna, och rätten att få etablera egen praktik för läkarna. Finansiärerna, däremot, vill ha kontroll över vad som görs, och hur mycket, eftersom hälso- och sjukvård måste vägas mot annan typ av offentlig och privat konsumtion.

Som visats i boken påverkar valet av beställarorganisation och be-

slut om patienternas valfrihet i hög grad vad som kan betraktas som lämplig utformning av sjukhusens kontrakt och ersättningar. Två exempel har diskuterats – en primärvårdsstyrd vård, med lokala beställare och begränsad valfrihet, samt en modell med regionala beställare och ökade valmöjligheter för patienterna.

Med primärvårdsstyrd vård kan ansvaret för att beställa elektiva vårdtjänster från sjukhusen samlas i vårdens första led. Utifrån detta samlade ansvar kan primärvården förhandla med andra vårdgivare, däribland sjukhusens specialister. *Principer för hur sjukhusen skall betalas kan utformas i förhandling mellan primärvården och sjukhusen.* Det finns ingen anledning att göra valet mellan olika betalningsformer till en fråga för politiker. Flera alternativ är tänkbara. Kontrakt där ersättningen utgår i klumpsumma, betalning utifrån fastställd prislista för olika behandlingar eller ersättning för specificerade insatser vid varje vårdtillfälle, är endast några exempel.

Med en regional valfrihetsmodell, där befolkningen själv väljer vid vilket sjukhus man vill få sitt vårdbehov tillgodosett, ändras förutsättningarna. Det finns inte längre några förutsättningar för pris-konkurrens. Förklaringen är att finansören och den som avgör var vården skall tillhandahållas inte är en och samma part. Patienten väljer vårdgivare, men står inte för den direkta betalningen, och har därför ingen anledning att beakta skillnader mellan vårdproducenternas kostnader. Sjukhusens ersättningar måste baseras på fasta konkurrensneutrala ersättningar, och dessutom knyts till enskilda vårdtillfällen och besök, så att pengarna kan följa patienternas val. *Ersättningarna blir fastställda på administrativ väg, snarare än i förhandling mellan fristående parter.* Det är från ekonomisk utgångspunkt en stor skillnad jämfört med förutsättningarna i den primärvårdsstyrda modellen.

Det är således inte meningsfullt att i detalj utforma betalningsformerna förrän hälso- och sjukvårdens övergripande finansiering och organisation avgjorts. Beroende på vald lösning kommer arbetsuppgifterna för politiker och administratörer att variera. Med lokala beställare och begränsad valfrihet kan frågan om lämpliga betalningsformer lösas lokalt. På övergripande politisk och administrativ nivå kan ansträngningarna helt inriktas mot att följa och utvärdera beställarnas arbete och effekterna av de överenskommelser som träffas. Med regional valfrihet, däremot, är det politiker och administratörer på regional nivå som har att besluta om ersättningsprin-

ciperna, hur ersättningsnivåerna initialt skall fastställas och hur ersättningarna därefter skall revideras i takt med introduktion av ny teknologi och allmänna prisförändringar.

Nåväl, givet att övergripande lösningar fastställts, vilka betalningsformer är då att föredra?

Slutsatsen i boken är att det inte finns något enda sätt att betala sjukhus och kliniker, som i alla avseenden kan betraktas som optimalt. Varje lösning har sina underliggande incitament och medför både för- och nackdelar. Varje betalningsform löser en del problem, samtidigt som andra lämnas obeaktade. En fast rambudget kan t ex vara utmärkt för att kontrollera kostnaderna. Nackdelen är att lösningen inte ger några incitament för hög produktivitet, vilket i förlängningen kan leda till köer och att produktionen sker på producenternas villkor, snarare än på patienternas. Det var också problem av dessa slag som blev märkbara i svensk hälso- och sjukvård vid slutet av 1980-talet. Ersättning per prestation kan i en sådan situation förbättra incitamenten, och det är också denna typ av lösning som landstingen i första hand har eftersträvat. Samtidigt medför en prestationsbaserad ersättning risk för att expansionen blir större än vad man tänkt sig; det kan med andra ord bli problem med kostnadskontrollen. En rambudget kan då lösa problemet, vilket leder oss tillbaka till utgångsläget igen.

Mot bakgrund av att det inte finns några perfekta lösningar vad gäller betalningsformerna, måste sjukhusens kontrakt kompletteras med krav på verksamheten och rutiner för uppföljning. Det gäller oavsett vilken lösning som valts. *Hur* dessa krav och rutiner skall utformas beror däremot på vilken betalningsform som valts, det gäller ju att kompensera för dess brister. Därav följer vikten av klara strategier för hälso- och sjukvårdens övergripande finansiering och organisation, inklusive valfrihetens utformning.

Den enklaste lösningen för beställare är att ersätta sjukhusen enligt någon form av *blockkontrakt*. Lösningen ligger nära de rambudgetar som under 1980-talet utvecklades till praxis i landstingen. Detta är också något av blockkontraktens huvudproblem. Blockkontrakt kan vara enkla att skriva, med de blir i så fall också lätta att kringgå. För att blockkontrakt skall fungera som styrmedel krävs att beställarna specificerar de prestationer och åtaganden vad gäller kvalitet och service man förväntar sig, och att man sedan följer upp verksamheten relativt dessa krav. Det blir också väsentligt att följa

vårdens innehåll utifrån patienternas perspektiv, så att kraven på tillgänglighet och god omvårdnad tillgodoses. Detta mot bakgrund av risken för att patienternas önskemål kan hamna på undantag i förhandlingarna mellan beställare och vårdproducenter om kostnadseffektiva former för vården.

Med ökade valmöjligheter för patienterna kommer makten delvis att försvinna ur beställarnas händer. Det blir då svårare för beställarna att helt upphandla vården utifrån blockkontrakt. Om pengarna skall följa patienternas val krävs att ersättningarna knyts till enskilda vårdtillfällen och besök. Så kan ske genom att mera renodlat ersätta sjukhusen per prestation. *Prestationsbaserade kontrakt* kan ge kraftfulla incitament till ökad produktion, och är just därför inte oproblematiske. Mer vård är inte alltid bättre! Kompletterande krav och rutiner för uppföljning måste bland annat se till så att enbart medicinskt motiverad vård tillhandahålls. Att följa vårdproducenternas agerande, t ex vad gäller indikationsgränser och återinskrivningar, blir viktigt. Det är genom krav på sådan uppföljning som en naturlig del av kontrakten, som beställaren skaffar sig möjligheter att styra vårdutbudet mot hög effektivitet. Vidare blir det angeläget för beställaren att ta fram och sprida information som kan underlätta individernas val. Det gäller inte minst information om den medicinska kvaliteten.

För att återgå till de exempel som diskuterats i boken – primärvårdsstyrd vård och regional valfrihetsmodell – så medger den primärvårdsstyrda vården, med sin begränsning i det fria vårdsökandet, det bredaste handlingsutrymmet vad gäller val mellan betalningsformer. Såväl blockkontrakt som prestationsbaserade kontrakt i alla dess former kan tillämpas. Ökade valmöjligheter för individerna *kräver* däremot flexibilitet i kontrakten. Pengarna måste på något sätt kunna följa patienternas val, åtminstone inom de områden där valfriheten kan bli reell. Oavsett vilken lösning som väljs krävs som nämnts också kompletterande krav och uppföljning av verksamheten som del av sjukhusens kontrakt.

Erfarenheter från andra länder

I boken har också empiriska erfarenheter från försök och förändringar i tre länder diskuterats. Dessa är införandet av DRG-ersätt-

ningar inom det federala Medicare-programmet i USA, styckprisförsöket i Norge samt pågående förändringar mot interna marknader inom brittiska National Health Service (NHS). I vart och ett av dessa fall finns flera lärdomar som kan ligga till grund för en mera kvalificerad diskussion om den fortsatta förnyelsen i Sverige.

Erfarenheterna av DRG-ersättningar inom Medicare visar att sätet att betala sjukhusen faktiskt har betydelse för den vård som tillhandahålls. Det finns förvisso betydande svårigheter att utreda orsak och verkan. Många förändringar parallellt med införandet av DRG-ersättningar kan ha haft betydelse för effekterna. En rimlig slutsats är dock att DRG-ersättningarna åtminstone inte motverkat utvecklingen mot kortare vårdtider och större efterfrågan på vård utanför sjukhusen. Farhågorna om en försämrad vårdkvalitet har inte realiserats, åtminstone inte generellt sett och enligt de vetenskapliga studier som hittills presenterats. De kortare vårdtiderna ställer dock krav på en bättre planerad eftervård, och här har noterats brister. Det visar att förändringar i sjukhusens kontrakt även kan få konsekvenser för vården utanför sjukhussektorn.

I det norska styckprisförsöket försökte man stävja incitamenten till en ökad vårdvolym genom att basera ersättningarna på en kombination av ram- och DRG-baserad finansiering. Förhoppningen var att de olika incitamenten skulle balansera varandra. Det första årets erfarenheter av försöket var troligen en besvikelse. Verksamhetsvolymen vid alla de sjukhus som deltog i försöket ökade. Samtidigt fanns det inte några tecken på att produktiviteten förbättrades. Förklaringen kan så här i efterhand tyckas självklar. Sjukhusen och fylkena hade inte samma uppfattning om de DRG-baserade ersättningsarnas möjligheter som den centrala projektledningen i form av socialdepartementet. Sjukhusen och fylkena såg främst en möjlighet att erhålla ytterligare intäkter, och man agerade därefter. En viktig lärdom är att berörda aktörer agerar utifrån sin egen uppfattning om problemen, som inte nödvändigtvis överensstämmer med reformansvarigas uppfattning och ambitioner.

En intressant iakttagelse inom NHS är skillnaderna mellan de olika beställarnas agerande. De etablerade District Health Authorities (DHAs) har i stort sett accepterat önskemålen från den centrala ledningen inom NHS om gradvisa förändringar. Många DHAs har haft svårt att hitta kontraktsformer som är något mer än en omskrivning av tidigare anslag. Nykomlingen på scenen, de budgetansvariga all-

mänlakarna (GP-fundholders), agerade annorlunda. Man ställde mera specifika krav på sjukhusen, och man har åtminstone inledningsvis svarat för de mera intressanta innovationerna vad gäller kontrakt och betalningsformer. I jämförelse med DHAs prövar allmänlakarna i större utsträckning ersättning per prestation. En viktig lärdom är att tidigare vanor och traditioner kan ha stort inflytande över de effekter som blir följden av att en given lösning introduceras. De budgetansvariga allmänlakarna hade inga sådana vanor, traditioner eller förväntningar från andra aktörer. Man kunde därmed också agera mera aktivt gentemot sjukhusens specialister, vilket också fick konsekvenser för valet av betalningsformer. Det etablerade DHAs hade tidigare agerat som ledning för sjukhusen (motsvarande de svenska landstingsledningarna) och hade svårare att ikläda sig rollen som aktiv beställare.

Behovet av aktiva beställare

Av genomgången av olika betalningsformer, och av lärdomarna från andra länders försök och förändringar, följer att det finns ett behov av aktiva beställare. Det gäller oavsett vilken lösning som väljs. Det kan verka lockande att försöka förfina ersättningsprinciperna så att incitamentsstrukturen helt motsvarar målsättningen att utbytet av de tillgängliga resurserna skall maximeras. I så fall skulle beställarna enkelt och till låga administrativa kostnader kunna ersättas av en passiv utbetalare, på nationell nivå. Rent teoretiskt skulle man kunna tänka sig att någon kombination av olika principer ger de optimala incitamenten. Att utveckla en sådan strategi ställer emellertid orimliga krav på systemkonstruktörerna. Även om man skulle lyckas med sin uppgift skulle dessutom systemet snart bli omodernt med tanke på den snabba utveckling och dynamik, som kännetecknar hälso- och sjukvården.

Att förlita sig på att ersättningssystemen på egen hand skall lösa problemen torde leda till ett ändlöst reformerande, där sättet att betala sjukhusen blir allt mer komplicerat och svårgripbart, och där vårdproducenterna gör sitt bästa för att försöka hinna ikapp och lura systemet. En bättre strategi är att låta aktiva beställare förhandla med vårdproducenterna, och komplettera ersättningssystemen

med parallella krav på vårdprogram, samordning med andra vårdgivare, servicenivåer etc, och med uppföljning av effekterna. Det gäller oavsett om beställaren är ett landsting, ett försäkringsbolag eller en husläkare med budgetansvar för viss sjukhusvård. Denna slutsats innebär i sin tur att beställarna måste ha både kompetens och resurser till sitt förfogande. Med kompetenta beställare finns bättre förutsättningar att möta vårdproducenternas kunskapsöversläge, och kompensera för ersättningssystemens brister.

Behovet av aktiva beställare framgår också klart av de empiriska erfarenheter som redovisats. I korthet kan sägas att de redovisade fallen visar att valet av ersättningsprinciper har betydelse för effekterna på vården, men att effekterna inte alltid blir som man tänkt sig, bland annat eftersom det är svårt att helt förutsäga hur olika aktörer kommer att ändra sitt agerande till följd av nya incitament. Sjukhusen agerar alltid utifrån sin egen tolkning av problem och möjligheter, som inte nödvändigtvis överensstämmer med uppfattningar och ambitioner hos dem som initierar och driver reformerna. Detta i kombination med betydelsen av gamla vanor och traditioner gör att effekterna av samma ersättningsprincip kan skilja sig från fall till fall. Det är i slutändan de olika intressenternas samlade ageranden som förklarar effekterna, och beställarna kan här utgöra en viktig förhandlingspart och företrädare för befolkningen.

Mot en bättre sjukvård

Att ökade valmöjligheter för individerna är viktigt för de svenska sjukvårdspolitikerna, framgår av de förändringar som introducerats i hälso- och sjukvården under senare år. Valfriheten har förvisso hittills gett blygsamma effekter – med några viktiga undantag! – men detta kan komma att ändras med adekvat information om alternativen. Sett till dessa utvecklingslinjer och utifrån de slutsatser som dragits i denna bok, vilka blir konsekvenserna vad gäller val av beställarorganisation och lämpliga ersättningsprinciper?

Kravet på aktiva beställare leder fram till slutsatsen att en fullständig valfrihet för patienterna måste betraktas som en utopi. Ett rimligt alternativ som lyfts fram i boken är ökade valmöjligheter inom regioner. Det finns åtminstone två skäl till att man inom dessa

regioner bör koncentrera beställarkompetensen till övergripande regional nivå.

För det första kan andra lösningar ifrågasättas utifrån krav på administrativ effektivitet. Ett införande av lokala beställare leder ofelbart till att beställarnas förhandlingsposition gentemot sjukhus och andra vårdproducenter försvagas. Dels uttunnas den samlade beställarkompetensen, dels är det ändå patienterna som med sina val skall styra vilka sjukhus som får pengarna. En lösning med lokala beställare har säkert sina fördelar. I kombination med valfrihet för patienterna riskerar fördelarna emellertid att inte bli något annat än retorik, och dessutom en dyrbar sådan.

För det andra kräver ökade valmöjligheter för patienterna administrativt fastställda ersättningar, åtminstone inom de områden där valfriheten är reell. Om pengarna skall följa patienternas val måste dessutom ersättningarna bli prestationsrelaterade, vilket ställer krav på en enhetlig beskrivning av tjänsterna. Arbetsbördan för politiker och tjänstemän kommer därmed att öka.

Sannolikt kommer lösningarna i praktiken att variera. Övergripande överenskommelser med sjukhusen kan ges grunddrag av blockkontrakt. I andra delar av sjukhusens kontrakt anges villkor som gör delar av ersättningen beroende av verksamhetens volym. För ytterligare andra delar erhålls ersättningen helt prestationsbaserat, utifrån fastställda prislistor och patienternas egna val. Med dessa principer kommer sjukhusens intäktssida att bestämmas utifrån blandade principer, där ersättningen är anpassad till varje verksamhets egna förutsättningar.

För att nå kvalitet i beslut, förhandlingar och i den nödvändiga uppföljningen finns all anledning att försöka samla beställarkompetensen. Det kräver emellertid förändringar i agerandet på alla nivåer. För staten och landstingens del gäller att kritiskt ifrågasätta nuvarande länsindelning och i stället bilda större regioner. Denna process har redan påbörjats i Skåne och i Västsverige. Mycket talar för att stora frihetsgrader bör lämnas till de regionala beställarna. Det gäller också lämplig utformning av kontrakt och betalningsformer för sjukhus och andra vårdproducenter. Genom att experimentera med olika lösningar, och genom att lära av egna och andras erfarenheter, kan på sikt väl avvägda, lokalt anpassade och administrativt effektiva lösningar formuleras. Med denna delegering kan arbetet på den nationella nivån helt styras mot att ställa krav på beställarna och att

följa upp effekterna på hälso- och sjukvården.

Motsvarande delegering bör också gälla vårdproducenterna. Utgångspunkten i denna bok har varit att dessa bör göras helt fristående från beställarna. Varje sjukhus måste själv tillåtas utforma de interna styrformerna. De överenskommelser som träffas med beställarna måste på sikt också få en högre status än de interna kontrakt som i dag förhandlas fram inom landstingen. Med en sådan ansvarsfördelning skapas tydliga roller för beställare och vårdproducenter, vilket måste betraktas som en av huvudpoängerna med en fortsatt förnyelse av sjukhusens kontrakt. Oavsett betalningsform kommer det härvid att ställas krav på information om prestationerna, dess kostnader och kvalitet som underlag vid förhandlingar. Det är en avgörande skillnad jämfört med den dialog som kan förväntas vid en fortsatt anslagsstyrning.

Referenser

- Abel-Smith, B. (1992), "The reform of the national health service," *Quality Assurance in Health Care*, vol 4, nr 4, s 263–272.
- Alchian, A.A. & Demsetz, H. (1972), "Production, information costs, and economic organization," *American Economic Review*, LXII, nr 5, s 777–795.
- Andersen, T.F. & Mooney, G. (red) (1990), *The challenges of medical practice variations*, MacMillan Press, London.
- Anell, A. (1990a), *Från central planering till lokalt ansvar*, IHE, Lund.
- Anell, A. (1990b), *Ekonomistyrssystem i sjukvården – Kartläggning av praxis och förnyelse i landstingen*, IHE-arbetsrapport 1990:2, Lund.
- Anell, A. (1991a), *Priser i sjukvården – Analys och modell för utformning av interna system*, IHE-arbetsrapport 1991:4, Lund.
- Anell, A. (1991b), *Prestationsbaserad ersättning i hälso- och sjukvården – vad blir effekterna?*, Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO), Allmänna Förlaget, Stockholm.
- Anell, A. (1992), "Förnyelse av sjukvårdens styrssystem – förutsättningar och problem," *Överläkaren*, 6/92.
- Anell, A. & Svarvar, P. (1993), "Reformerad landstingsmodell – Kartläggning och analys av pågående förnyelse," bilaga i SOU (1993:38), *Hälso- och sjukvården i framtiden – Tre modeller*, Rapport från expertgruppen till HSU 2000.
- Arrow, K.J. (1963), "Uncertainty and the welfare economics of medical care," *American Economic Review*, 53, p. 941–973.
- Arvidsson, G. & Jönsson, B. (red) (1991), *Sjukvård i andra länder – vad kan Sverige lära?*, SNS Förlag, Stockholm.
- Asplund, K. (1991), "Primum non expendere!", *Väl & Ve*, nr 2.
- Averill, R.F. & Kalison, M.J. (1991), "Structure of a DRG-based prospective payment system", i Fetter, R.B., (red), *DRGs – Their design and development*, Health Administration Press, Ann Arbor.
- Bartlett, W. & Le Grand, J. (1993), "The performance of trusts – What does the early research tell us?", stencil, University of Bristol and London School of Economics.
- Baumol, W.J., Panzar, J.C. & Willig, R.D. (1982), *Contestable markets and the theory of industry structure*, HBJ, New York.
- Black, C. & Frohlich, N. (1991), *Hospital funding within the health care system: moving towards effectiveness*, Manitoba Centre for Health policy and Evaluation, University of Manitoba.
- Cairns, J. (1993), "Contracts: problems and prospects", *Health Policy*, vol 25, nr 1–2, s 127–140.
- Campbell, P. & Kane, N.M. (1990), "Physician-management relationships at HCA: A case study", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 15(3), s 592–605.
- Charpentier, C. & Samuelson, L.A. (1993a), *Utvärdering av Stockholmsmodel-*

- lens effekter under 1992*, EFI-rapport 6517, Handelshögskolan, Stockholm.
- Charpentier, C. & Samuelson, L.A. (1993b), *En studie av Stockholmsmodellens effekter under 1993*, EFI-rapport 6518, Handelshögskolan, Stockholm.
- Coase, R. M. (1937), "The nature of the firm", *Economica*, nr 4, s 386–405.
- Coulam, R.F. & Gaumer, G.L. (1991), "Medicare's prospective payment system: A critical appraisal," *Health Care Financing Review*, 1991 Annual supplement.
- Cyert, R.M. & March, J.G. (1963), *A behavioral theory of the firm*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- De Lew, N., Greenberg, G. & Kinchen, K. (1992), "A layman's guide to the US health care system", *Health Care Financing Review*, vol 14, nr 1, s 151–169.
- Department of Health (1989), *Working for patients*, HMSO, London.
- Department of Health (1992), *NHS reforms: The first six months*, HMSO, London.
- Donahue, J.D. (1992), *Den svåra konsten att privatisera*, SNS Förlag, Stockholm.
- Donaldson, C. & Magnussen, J. (1992), "DRGs: The road to hospital efficiency," *Health Policy*, 21, s 47–64.
- Eckerlund, I., Gerdtham, U. & Jönsson, B. (1993), "Ekonomiska aspekter på variationer i medicinsk praxis", *Ekonomisk Debatt*, 21, nr 4, s 329–334.
- Ellis, R.P. & McGuire, T.G. (1986), "Provider behavior under prospective reimbursement", *Journal of Health Economics*, nr 5, s 129–151.
- Ellis, R.P. & McGuire, T.G. (1990), "Optimal payment systems for health services", *Journal of Health Economics*, nr 9, s 375–396.
- Enthoven, A. (1985), *Reflections on the management of NHS*, NPHI.
- Evans, R. (1984), *Strained Mercy: The economics of Canadian health care*, Butterworths, Toronto.
- Fetter et al (1980), "Case mix definition by diagnosis related groups", *Medical Care*, 18:1–53 (suppl).
- Forsberg, E. & Calltorp, J. (1993), "Ekonomiska incitament förändrar sjukvården – Första året med Stockholmsmodellen", *Läkartidningen*, vol 90, nr 30–31, s 2611–2614.
- Glaser, W.A. (1987), *Paying the hospital*, Jossey-Bass Publishers, London.
- Glennerster, H., Matsaganis, H. & Owens, P. (1992), *A foothold for fundholding*, Kings Fund Institute, London.
- Guterman et al (1991), "Experience with DRG-based prospective payment system", i Fetter (red), *DRGs – Their Design and Development*, Health Administration Press, Ann Arbor.
- Gårdmark, S. (1991), "Rättvisare resursfördelning med DRG", *Överläkaren*, nr 2, s 7–8.
- Ham, C., Robinson, R. & Benzeval, M. (1990), *Health Check: Health Care Reforms in an International Context*, Kings Fund Institute, London.
- Ham, C. (1992), *Managed competition in the NHS: Progress and Prospects*, Manchester Statistical Society.
- Healey, A. & Yule, B. (1993), *The economics of GP fundholding*, Paper presented at the Health Economists' Study Group Meeting, University of Strath-

- clyde, 30 juni–2 juli 1993.
- Hellers, G. (1991), "Sakfel bakomoro för DRG-systemet", *Väl & Ve*, nr 5, s 27.
- Hillman, A.L., Pauly, M.V. & Kerstein, J.J. (1989), "How do financial incentives affect physicians' clinical decisions and the financial performance of health maintenance organizations", *The New England Journal of Medicine*, vol 321, s 86–92.
- Hirschman, A. O. (1970), *Exit, voice and loyalty*, Harvard University Press, Cambridge.
- Hjort, P.F. (1992), "Prioritering fra filosofi til praksis", *Socialmedicinsk tidskrift*, nr 6–7, s 318–326.
- Jendteg, S. (1993), *Vad kostar ett nytt läkemedel?*, IHE, Lund.
- Jensen, M.C. & Meckling, W.H. (1976), "Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure", *Journal of Financial Economics*, nr 3, s 305–360.
- Jönsson, B. & Rehnberg, C. (1987), *Effektivare sjukvård*, Almqvist & Wiksell, Stockholm.
- Jönsson, B., Carlsson, P. & Rehnberg, C. (1990a), *Hälso- och sjukvården i Schweiz*, Stockholms läns landsting.
- Jönsson, B., Carlsson, P. & Rehnberg, C. (1990b), *Hälso- och sjukvården i Kanada*, Stockholms läns landsting.
- Kahn, K.L., Keeler, E.B., Sherwood, M.J., Rogers, W.H., Draper, D. et al (1990), "Comparing outcomes of care before and after implementation of the DRG-based prospective payment system", *Journal of the American Medical Association*, 264, s 1984–1988.
- Kahn, K.L. et al (1992), *The effects of the DRG-based prospective payment system on quality of care for hospitalized medicare patients: Final report*, RAND, Santa Monica.
- Kommittédirektiv (1992), *Hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation*, Dir 1992:30.
- Landstingsförbundet (1983), *Verksamhetsinriktad budgetering i landstingen*, Stockholm.
- Landstingsförbundet (1992), *Från anslag till överenskommelser*, Stockholm.
- Lindgren, B. & Roos, P. (1985), *Produktions-, kostnads- och produktivitetstveckling inom offentligt bedriven hälso- och sjukvård 1960–1980*, Rapport till ESO, Stockholm, Allmänna Förlaget.
- Lindgren, B. (1986), "Produktiviteten inom den offentliga sjukvården", *Ekonomisk Debatt*, 2/86, s 1–9.
- Maarse, H., Rooijackers, D. & Duzijn, R. (1993), "Institutional responses to Medicare's prospective payment system", *Health Policy*, 25, s 255–270.
- Nilsson, C-A. (1988), "DRG-kritiken bör tas på allvar – Metoden kan utvecklas i Sverige", *Läkartidningen*, vol 85, nr 50, s 4384–4386.
- OECD (1992), *The reform of health care – A comparative analysis of seven OECD countries*, Health policy studies nr 2, OECD, Paris.
- Paulsson, G. (1989), *Ekonomistyrning med hjälp av DRG – En metod för förbättrad produktivitet och effektivitet?*, IHE, Lund.
- Pauly, M.V. (1986), "Taxation, health insurance, and market failure in the medical economy", *Journal of Economic Literature*, vol 24, s 629–675.

- Peterson, O., Westholm, A. & Blomberg, G. (1989), *Medborgarnas makt*, Carlssons Bokförlag, Stockholm.
- Poullier, J.J. (1989), "Health care expenditures and other data", *Health Care Financing Review*, annual supplement, s 111–194.
- Rehnberg, C. (1990), *The organization of public health care*, Linköping studies in art and science, nr 58.
- Rehnberg, C. (1991), "Hälso- och sjukvården i USA", i Arvidsson, G. & Jönsson, B. (red), *Sjukvård i andra länder – Vad kan Sverige lära?*, Stockholm, SNS Förlag.
- Rehnberg, C. (1992), *Ersättningssystem inom hälso- och sjukvården – En internationell översikt*, HSF, Lund.
- Robinson, J.C. & Luft, H.S. (1987), "Competition and the cost of hospital care, 1972 to 1982", *Journal of American Medical Association*, vol 257, nr 23, s 3241–3245.
- Russell, L.B. (1989), *Medicare's new hospital payment system – Is it working?*, The Brookings Institution, Washington.
- Saltman, R.B. (1992), *Patientmakt över vården*, SNS Förlag, Stockholm.
- Saltman, R. & von Otter, C. (1992), *Planned markets and public competition: Strategic reform in northern European health systems*, Open University Press.
- Schieber, G.J., Poullier, J-P. & Greenwald, L.M. (1993), "Health spending, delivery, and outcomes in OECD countries", *Health Affairs*, vol 12, nr 2, s 120–129.
- Schwartz, W.B. & Mendelson, D.N., (1991), "Hospital cost containment in the 1980s", *The New England Journal of Medicine*, vol 324, nr 5, s 1037–1042.
- Sosialdepartementet (1990), "Forsøk med stykkprisfinansiering for inneliggande pasienter i somatiske sykehus – stykkprisforsøket", stencil.
- Sosialdepartementet (1992), *DRG-stykkprisforsøket – Årsrapport 1991*, Oslo.
- SINTEF-NIS (1992), *Stykkprisforsøket – status etter ett år*, Arbeidsrapport FT-81A92023, Trondheim.
- SOU (1993:38), *Hälso- och sjukvården i framtiden – Tre modeller*, Rapport från expertgruppen till HSU 2000, Allmänna Förlaget, Stockholm.
- Spek, J-E. (1980), "Why is the system so costly? Problems of policy and management at national and regional levels", i Heidenheimer, A.J. & Elvander, N. (red) (1980), *The shaping of the Swedish health system*, Croom Helm, London.
- SPRI (1985), *DRG: Ett nytt sätt att mäta sjukvård*, Stockholm.
- SPRI (1992), *Ersättning till husläkare*, Stockholm.
- SPRI (1993), *Några fakta om den svenska hälso- och sjukvården 92/93*, Stockholm.
- Södersten, B., Stenhammar, O. & Segerberg, J. (1993), *Granskarnas utlåtande*, nr 1 och 2, Stockholms läns landsting.
- Söderström, L. (1991), *Hur skall sjukvården betalas?* SNS Förlag, Stockholm.
- Ternblad, K. (1992), *Planering i norm och handling*, Lund Political Studies no. 72, Lund.
- Weisbrod, B.A. (1991), "The health care quadrilemma: An essay on technological change, insurance, quality of care, and cost containment", *Journal of Economic Literature*, vol 29, s 523–552.

Sjukhusens kontrakt

– från anslag till intäkter

Hur skall sjukhus och kliniker betalas för den vård som de utför? Detta är en kärnfråga om man vill öka sambandet mellan vårdproduktion och resurstilldelning, inte minst om man skiljer på beställare och utförare. Författaren beskriver och analyserar utvecklingen i Sverige och utomlands när det gäller kontrakts- och betalningsformer. Han drar också policyslutsatser inför framtiden.

Boken vänder sig i första hand till sjukvårdspolitiker och ansvariga på olika nivåer i sjukhusen. För en bredare läsekrets ger den intressanta inblickar i hur betalningsformerna påverkar den vård som erbjuds.

Ekon. dr *Anders Anell* är VD för IHE, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi i Lund.


FÖRLAG


INSTITUTET FÖR HÄLSO-
OCH SJUKVÅRDSEKONOMI

ISBN 91-7150-528-8



9 789171 505286