

Kontrakt och incitament

Betydelsen av incitament för utformningen av avtal

Bo Jordin

Kostnadskontroll och effektivt resursutnyttjande är ständigt i fokus i hälso- och sjukvården. En faktor som bidragit till detta är de strukturella förändringar som skett inte minst efter införandet av beställar-/utförarmodeller. Vilka mervärden skapar dessa modeller? I artikeln redovisas studier av vårdavtal med avseende på hur man styr vårdgivare. Vidare redovisas översiktligt hur olika ersättningssystem kan ge incitament som kan påverka vårdgivarens beteende. Konklusionen är att målstyrningen kan utvecklas. Möjligen kan detta ske genom ökad utbildning av beställare möjligen bör beställar-/utförarmodellerna i vården omprövas till förmån för andra styrmodeller.

Bo Jordin, specialist i allmänmedicin, primärvårdsråd Socialstyrelsen, Socialstyrelsen, 106 30 Stockholm, bo.jordin@sos.se

Med införandet av beställar-/utförarorganisationer (B/U-modeller) har intresset för att kunna styra vårdgivaren ökat. Ett sätt att göra detta har varit genom vårdavtal eller vårdöverenskommelser. Utformningen av dessa avtal har därför kommit att stå i fokus för intresset. Frågan har då varit hur man genom avtal påverkar utförarens beteende. Några av sådana möjligheter till påverkan kan vara att:

- ge incitament som sammanfaller med mål för den process vårdgivaren verkar i
- klargöra tillgängliga resurser
- ge en etisk plattform för samarbetet mellan avtalsparterna

Då behovet av kostnadskontroll blivit allt starkare har allt större vikt lagts vid avtalens utformning [1, 2].

Incitament till vad?

En utgångspunkt för avtalens användning har varit möjligheten att ge incitament till att främja hälsa. Främja hälsa kan innebära att man når sina behandlingsmål, men även att man undviker att styra resurser till diagnostiska utredningar och behandlingar som inte är medicinskt ändamålsenliga.

I början på 90-talet när avtalen infördes fokuserades mycket av innehållet i avtalen på strukturkvalitet. Beställaren krävde t.ex. system för kvalitetsuppföljning. Sällan eller aldrig framfördes krav på kvalitetssystemens utformning eller insyn i hur man använde kvalitetssystemen. I viss utsträckning fanns det beställare som formulerade krav på processkvalitet. Nästan alltid berörde dessa krav på processkvalitet väntetider, sällan eller aldrig framfördes andra krav på processkvalitet som t.ex. krav på patienttillfredsställelse eller krav på kontinuitet. Medicinsk resultat kvalitet t.ex. i vilken utsträckning man nådde sina behandlingsmål efterfrågades inte och man gjorde aldrig några försök att precisera sådana åtaganden i de avtal som då var aktuella. Tanken att den medicinska resultat kvaliteten borde vara vägledande för de övergripande målen för avtalens utformning kom i princip aldrig till uttryck.

Betydelsen av vårdavtal och kontrakt har ökat då B/U-modellerna utvecklats. Då behovet av kostnadskontroll blivit allt starkare har allt större vikt lagts vid avtalens utformning [3].

I det följande redogörs för en uppföljning av ett antal avtal som gjordes vid introduktionen av B/U-modellen i Stockholm 1993. Urvalen av avtal gjordes så att avtal från samtliga beställare granskades. Avtalens utformning hos en och samma beställare var i huvudsak likformigt varför ett begränsat urval gjordes från varje beställare. Se tabell 1.

Avtalen granskades då med avseende på

hur de tillförsäkrade strukturkvalitet (fråga 1-2), processkvalitet (fråga 3-5) och medicinsk resultat kvalitet (fråga 6-8).

- 1) Åläggs producenten någon systematisk kvalitetssäkring?
- 2) Har vårdproducenten angivit ett kvalitetsarbete med mätbara mål?
- 3) Finns det några operationaliserade serviceåtaganden?
- 4) Finns det angivet vilka avvikelser från dessa mål som tillåts?
- 5) Finns det sanktioner angivna om uppställda servicemål inte uppnås?
- 6) Finns det några preciserade behandlingsmål?
- 7) Finns det angivet vilka avvikelser från dessa mål som tillåts?
- 8) Finns det sanktioner angivna om uppställda behandlingsmål inte uppnås?

Utfallet av denna genomgång redovisas i tabell 1.

I samband med att avtalen följdes upp 1993 framkom ett flertal kritiska synpunkter från beställarna. Man menade bl.a. att det var olyckligt att genomföra en uppföljning av avtalens innehåll redan samma år som B/U-modellen infördes, då man haft alltför kort tid på sig att bygga upp kunskap som beställare. För att följa utvecklingen i detta avseende gjordes därför en uppföljning av avtalen 2003 i Stockholm. Se tabell 2. Denna uppföljning gav emellertid inte några hållpunkter för att det skett någon väsentlig utveckling i Stockholm.

En fråga blir därför om det är troligt att man kan förvänta sig någon ytterligare utveckling av avtalens utformning i framtiden. Om svaret på denna fråga är nej bör slutsatsen vara att ändamålsenligheten med beställar-/utförarmodeller bör omprövas i sin helhet. Frågan bör ses mot bakgrund vilka mervärden B/U-modellen ger för att tillförsäkra optimal resursanvändning.

Tabell 1. Avtal i Stockholm 1993

Fråga	1	2	3	4	5	6	7	8
Parter								
VSSO/SÖS- Gyn	1)	nej	ja, 2)	nej	nej	nej	nej	nej
VSSO/Sabb, S:t Görän- Gyn	ja	nej	ja, 2)	nej	nej 4)	nej	nej	nej
SÖSO/SÖS	3,5)	nej	ja, 2)	nej	nej	nej	nej	nej
SÖSO/HS	3,5)	nej	ja, 2)	nej	nej	nej	nej	nej
CSSO/SÖS	Nej, 3)	nej	ja, 2)	nej	nej	nej	nej	nej
NÖSO/Dan- deryds Sjh	Ja 1,6)	nej	ja, 2)	nej	nej	nej	nej	nej

1) redovisas senare (efter avtalets påskrift)

2) väntetid

3) beställaren förutsätter att producenten har system för kvalitetsuppföljning

4) betalningsansvar då överenskomna väntetider överskrids

5) beställaren förbehåller sig rätten till medicinsk revision

6) producenten skall inrätta ett kvalitetsråd

Tabell 2. Avtal i Stockholm 2003

Fråga	1	2	3	4	5	6	7	8
Parter								
Danderyd/ BKV	ja	ja	nej	nej	nej	nej	nej	nej
St Görän/ SLL	ja	ja	ja	nej	nej	nej	nej	nej
Karolinska Sjukhuset/ SLL	ja	ja	ja	nej	nej	nej	nej	nej
Tullinge VC/BKV	ja	ja	ja	nej	nej	nej	nej	nej
Handens VC/SLPO	ja	ja	ja	nej	nej	nej	nej	nej
Råsunda VC/SLL	ja	ja	ja	nej	nej	nej	nej	nej

Incitament

I varje verksamhetsprocess kan det finnas incitament som påverkar processen i olika riktningar. Hälso- och sjukvården påverkas t.ex. av etiska värderingar syftande till att befrämja patientens hälsa och förmåga. En realitet är emellertid att vårdgivare ogärna påtar sig uppgifter som man inte får ekonomisk kompensation för. Utformningen av ersättningssystem ger ekonomiska incitament som påverkar vårdgivaren. Incitament kan också ges av lagar och författningar eller från den kulturella miljön. De ekonomiska incitamenten är dock de som främst kan påverkas i beställar-/utförarsystemen. En fråga är därvid hur dessa incitament kan utformas på ett sätt så att de understödjer det övergripande målet att befrämja hälsa. I det följande beskrivs några vanliga ersättningsmodeller:

Förutbestämd ersättning

- anslagsfinansiering
- rambudgetering
- kapitation

Ersättning i efterskott ("löpande räkning")

- styckeprisersättning med och utan volymbegränsning
- fallbaserad ersättning

Förutbestämd ersättning

Åtaganden eller ersättningar är beslutade innan hälsoåtgärden är utförd. Här återfinns anslagsfinansiering och kapiteringsersättning.

Anslagsfinansiering. Denna typ av budgetering var tidigare allmänt tillämplad som instrument i resursfördelningen. I offentlig verksamhet är det fortfarande vanligt (löner, utrustning etc.). Kapital fördelas efter ett i förväg uppgjort schema och det är inte tillåtet för ansvariga att omfördela medel. I centraliserade organisationer spelar ofta denna fördelningsmodell en viktig roll som verk-

tyg för att ge ledningen kostnadskontroll, ofta på bekostnad av effektivitet. Syftet med denna fördelningsmodell är att kontrollera utgifter. Fördelen med anslagsfinansiering är att i hierarkiska organisationer med svag lokal ledning ger det en enkel och praktisk fördelningsmodell som är enkel att kontrollera. Nackdelen är att modellen också skapar kontraproduktiva incitament genom att stimulera beslutsfattare till att spendera tillgänglig budget oavsett om verksamheten påkallar detta. Sådana kontraproduktiva incitament förstärks ibland av hot om budgetnedskärningar kommande år om resurserna inte utnyttjas. Överskott i resultat tolkas som att verksamheten tilldelats för mycket medel. Chefer i anslagsfinansierade system har alltså ett incitament att göra av med tillgängliga medel så fort som möjligt för att tillförsäkra sig nya medel i nästa års budget. Incitament att höja effektiviteten saknas. Anslagsbudgetering saknar koppling till utfall men är ofta kopplad till normer som kostnad per besök, bemanning per mottagning eller modifiering av tidigare mönster. Det saknas samband mellan produktivitet och den enskildes insatser. Personal avlönas undantagslös med fast månadslön som inte är relaterad till verksamhetens utfall. Här finns dock en möjlighet att förbättra anslagsfinansieringen genom att t.ex. introducera olika typer av bonussystem. Detta har också gjorts med förbättrad effektivitet som resultat.

Rambudgetering Med rambudgetering avses en förutbestämd ersättning över en given tidsperiod. Mottagaren ges möjlighet att själv fördela resurser inom sin tilldelade ram. I motsats till anslagsfinansiering så är medel inte knutna till specifikt förutbestämda ändamål. Verksamhetsansvariga kan själva besluta att omfördela medel om detta skulle behövas. Modellen kräver uppföljningssystem som ger en aktuell överblick

över kostnadsutfall.

Syftet med rambudgetering är att öka effektiviteten med bibehållet chefsansvar för utfall. Rambudgetering utgör ibland ett verktyg för decentralisering i omstruktureringar. Modellen kräver dock ett mer sofistikerat uppföljningssystem än vad som krävs i anslagsfinansierade system. Rambudgetering riktas ofta mot ett geografiskt avgränsat område där fördelningsgrunden bygger på befolkningen storlek eller något befolkningsrelaterat index. Sådana index kan vara baserade på befolkningens storlek, demografi, social struktur etc. För sjukhus kan rambudgetering vara baserad på en förväntad patientsammansättning eller baseras på tidigare resultat. Transaktionskostnader tenderar att bli lägre med rambudgetering. Medicinska åtgärder ersätts med en förutbestämd nivå och inte efter producerad volym. Administration av ekonomi och ersättningsrutiner kan bli enklare och billigare än med t.ex. styckeprisersättning eller ersättning för vårdepisoder som kräver en kontinuerlig kontroll av flödet av fakturor och utbetalningar.

På kort sikt kan rambudgetering ge incitament till att minska produktionsvolymerna. På längre sikt kan effektiviteten påverkas av att man inför olika incitament till effektivitet. Rambudgetering medger större flexibilitet i resursfördelningen vilket också ökar möjligheterna för att skapa incitament som sammanfaller med verksamhetens övergripande mål att befrämja hälsa. Sådana incitament måste tillskapas då rambudgetering i sig saknar faktorer som befrämjar hälsa och effektivitet. Exempel på sådana incitament kan vara olika typer av kvalitetsbonusar knutna till uppföljningssystemen.

Kapitering

Kapitering ger vårdproducenten ersättning i relation till antalet individer som kan få service av vårdproducenten. Vanligtvis är dessa individer registrerade inom ramen för något försäkringssystem, eller som i Sverige förtecknade på en lista som administreras av sjukvårdshuvudmannen. Om en person inte står upptagen på listan omfattas denne inte av vårdgivarens serviceåtagande. Vårdproducentens ersättning utbetalas regelbundet och är beräknad på antalet individer på listan. Fördelen med kapiteringsersättning är att den ger beställaren ett verktyg för att uppnå kostnadskontroll. Vårdproducenten tar en ekonomisk risk och ges incitament till kostnadskontroll. Kapiteringssystemet har ifrågasatts eftersom vårdproducenten också anses få incitament att inte vidta nödvändiga åtgärder samt till att ge otillräcklig kvalitet.

Det finns många likheter mellan rambudgetering och kapitering. En avgörande skillnad är dock beräkningen av ersättningen. Den *kapiterings*ersatte vårdproducenten ersätts i relation till antalet individer som omfattas av serviceåtagandet. Det finns därför ett incitament hos vårdgivaren till att erbjuda så många som möjligt att teckna sig på listan. I ett konkurrensutsatt system kommer vårdproducenten att sträva efter att maximera sina listor. Ersättningen i ett *rambudgeterat* system kommer att baseras på helt andra beräkningsgrunder där befolkningens storlek bara är en av flera faktorer. Ett definierat geografiskt område avgränsar vanligen åtagandet. Ersättningen beräknas utifrån uppskattade behov av service till befolkningen. Kostnaden för denna service påverkas endast marginellt av eventuella förändringar i befolkningens storlek. Kostnaden för t.ex. utrustning, personal och hyror är i stort sett den samma oavsett antalet insatser och åtgärder kan avvika något från vad som

beräknats. En rambudgeterad vårdproducent kommer inte att ha några incitament att dra till sig ett ökat befolkningsunderlag om detta inte samtidigt leder till ökad ersättning.

Kapiterade vårdproducenter kommer att sträva efter att nedbringa kostnaderna. Detta kan ge incitament till att introducera kostnadsbesparande ny teknologi och till att främja prevention. Den kapiterade vårdproducenten ges också incitament till att selektera friska individer och genom detta reducera sina kostnader. Detta kan påverka både effektivitet men även målet om att erbjuda vård på lika villkor. Patienter med kroniska sjukdomar kan riskera minskad tillgänglighet. Vår kunskap om selektionsmekanismer och hur dessa påverkar t.ex. möjligheten till vård på lika villkor kan förbättras avsevärt. För att minska risken för selektion begränsas ofta producentens möjligheter att själv påverka listans utformning. Om en stor andel vårdtunga individer skulle visa sig ha kommit med på listan kan detta lösas genom att särskild ersättning utgår för högrisk grupper (exv. åldersviktad ersättning).

En ytterligare risk med kapiteringssystem kan vara försämrad kvalitet. Denna risk kan minskas genom att ge befolkningen möjlighet till fritt val av vårdproducent. Ju enklare det är för individen att byta vårdgivare genom att lista sig hos någon annan vårdproducent, desto större incitament ges till vårdproducenten att efterkomma patientens önsknings och efterfrågan. Att alltid efterkomma patientens önskemål kan å andra sidan leda till målkonflikter om vårdtjänster som inte är medicinskt motiverade efterfrågas (remisser, recept, sjukintyg etc.). Av konkurrensskäl kan vårdproducenter bli mer följsamma till patienternas önskemål i områden där konkurrensen är hög (tätorter) än i glesbygd. I glesbygdsområden kan dock *andra* incitament än ersättningsrelaterade styra

Socialmedicinsk tidskrift nr 3/2004

mot högre kvalitet (läkaren och patienten bor och arbetar i samma sociala miljö). Kapitering kräver att beställaren utvecklar sin kompetens vad gäller att precisera åtagandet, men även att beställaren utvecklar former för uppföljning och utvärdering. Den kapiterade vårdproducenten kan annars ändra sitt beteende så att patienter som behöver åtgärder vilka inte uttryckligen specificerats i åtagandet kommer att remitteras. Möjligen skulle sådant beteende kunna undvikas genom att man kombinerade kapitering och gav den kapiterade vårdproducenten ett begränsat beställansvar (fundholding). Om vårdgivaren tvingas betala för de tjänster som remitteringen kan leda till kan detta begränsa benägenheten att remittera. Kapitering kan också kombineras med hälsovårdande insatser som vaccinationsprogram och mammografi om man t.ex. kombinerar sådana program med bonusinsatser. Ersättningsformen ställer högre krav på kompetens hos beställaren än t.ex. anslagsfinansiering. Då kapiteringsmodeller introduceras kan pilotanläggningar vara önskvärda just för att ge möjlighet till kompetensutveckling hos ledningen (hos beställaren). Även på vårdproducenten ställs högre krav för att kunna vara en kompetent entreprenör, särskilt om man går direkt ifrån en anslagsfinansierad verksamhet.

Ersättning i efterhand

Styckeprisersättning

Styckeprisersättning är en av de vanligaste ersättningsmodellerna. Man kan kombinera modellen med förutbestämda priser (prislistor) och kostnadstak som de totala kostnaderna oavsett volym inte får överskrida. Ersättningsmodellen tillämpas ofta på vårdproducenter som arbetar under marknadsliknande förhållanden. Den används i USA liksom många i europeiska länder i

framför allt inom privat sektor (Frankrike, Tyskland, Sverige). Styckeprisersättning ger incitament till ökad produktion och resursutnyttjande om det inte kombineras med någon återhållande faktor. Patienten förlitar sig på vårdproducenternas förslag och rekommendationer. Vårdproducenten har ett incitament att maximera volymer genom att erbjuda alla tänkbara åtgärder (där intäkten överstiger kostnaden) som patienten efterfrågar eller går med på att man vidtar [4]. Kostnadskontroll i styckeprismodeller har tillförsäkrats genom att volymbegränsningar för total ersättning införts. En annan modell som prövats är att ersättningen sätts i poäng där den sammanlagda poängsumman divideras med tillgängligt kapital. På detta sätt kommer de totala utbetalda ersättningarna aldrig att överstiga tillgängliga medel. Denna modell har prövats i USA och Tyskland [5]. Ur patientsynvinkel har styckeprisersättning uppskattats då det ger ökad tillgänglighet till medicinska resurser (på finansärens bekostnad). Modellen styrs i högre utsträckning av efterfrågan och inte behov, eftersom vårdproducenten ges ett incitament till att ge den vård som patienterna efterfrågar. Patienten kan uppfatta detta som hög kvalitet. System där patienterna bär en del av kostnaden i styckeprismodeller har också prövats [6, 7]. Erfarenheterna visar att styckeprisersättning ger incitament till att öka produktionen.

Administrationskostnader för styckeprisersättning ökar också. Ersättningsmodellen kräver avancerade informationssystem för att möjliggöra både för beställare och utförare att kontrollera att fakturerade åtgärder överensstämmer med faktisk utförd produktion. Utan sådana informationssystem hämmas effektiviteten.

Styckeprisersättningar anses öka produktivitet. Om de sanna produktions- och kostnadsvolymer kan registreras kan detta

vara riktigt. Men om produktionsvärdet är vad vi egentligen söker som täljare i vår produktivitetsberäkning, så vet vi väldigt lite om effekterna av styckeprisersättning på produktivitet. Risken finns att produktiviteten till och med försämras om vårdproducenter t.ex. styrs till att erbjuda vårdtjänster som det inte finns något medicinskt behov av (t.ex. skriver recept och remisser på patientens förfrågan men där medicinsk indikation är svag eller rent av saknas). Det tyska systemet för styckeprisersättning för familjeläkare har medfört en besöksfrekvens där varje tysk besöker sin husläkare ca 11 ggr per år. I Sverige där primärvårdsläkare har fast månadslön ligger besöksfrekvensen på endast ca 1,5 besök/invånare och år. Några säger kanske att produktiviteten är högre i det tyska systemet. En motsatt tolkning kan vara att en tysk läkare behöver 11 besök för att uppnå vad en svensk primärvårdsläkare klarar på 1,5 besök om utfallet bedöms efter effekter på patienternas/befolkningens hälsa. Den senare tolkningen implicerar högre produktivitet och effektivitet i det svenska systemet då produkten – läkarkonsultationen - tycks ha högre produktionsvärde (t.ex. större hälsoeffekter) i det svenska systemet. Vi vet att kostnader kan öka i hälso- och sjukvårdssystem särskilt om en tredje part är kostnadsansvarig och totala kostnadsramar saknas. Kvaliteten kan främjas genom att ersättnings- och priserna regleras och ersättningsmodellen knyts till ett uppföljningssystem.

Kostnadskontroll Försök till förbättrad kostnadskontroll har gjorts genom att låta patienterna bli delansvariga för betalningen av vårdtjänsten. Erfarenheterna från sådana försök (Korea, Singapore) ger dock inget belegg för att detta skulle ha någon avgörande betydelse för kostnadskontrollen. En annan lösning har varit att ha övre tak upp till vilket beställaren medger ersättning. Skulle

vårdproducenter begära mer ersättning än detta överenskomna tak, utgår ingen ersättning utan man får själv bestrida kostnaderna. Detta har visat sig vara effektivt som instrument för kostnadskontroll [8].

Administrationskostnader Styckepriser-sättning kräver hög administrativ kunskap och avancerade informationssystem. Fakturor måste kunna relateras till enskilda patienter. Producenten måste kunna administrera uppgifter inte bara om medicinska åtgärder utan också om dessa fakturerats, om ersättning mottagits etc. Beställaren måste kunna administrera inkomna fakturor. I denna administration bör rutiner ingå att för kunna kontrollera att fakturorna är korrekta t.ex. är beställaren kostnadsansvarig för fakturerad patient, är vårdtillfället korrekt fakturerat etc. Sådana rutiner måste kunna genomföras med rimliga administrativa resurser.

Fallbaserad ersättning

Ersättningsformen avser definierade sjukdomstillfällen. Priset är förutbestämt och förhandlat mellan beställare och utförare och fasta prislister används. Ersättnings omfattning kan variera med olika system. I vissa modeller används vårdtag som grund. Ibland utvecklas systemet med laboratorie-service, material och diagnostiska åtgärder eller en hel sjukdomsepisod (kan innefatta en eller flera vårdkontakter). Ibland slår man ihop sjukdomsepisoder av liknande karaktär till grupper. Till dessa system räknas DRG (Diagnos Relaterade Grupper). Poängen med denna ersättningsform är att ge incitament till vårdproduktion till lägsta kostnad. Systemet tillämpas allmänt för att ersätta slutenvård och har fått stor spridning från Amerika till Europa. Erfarenheter då man övergår från styckepriser-sättning till fallbaserad ersättning är att kostnadskontrollen förbättras [9, 10].

En bidragande faktor att kunna uppnå kostnadskontroll tycks vara kombinationen av retrospektiv ersättning och uppföljning av resursutnyttjande. Finansiären har därigenom kunnat styra produktionsvolymen. Uppföljning av resursutnyttjande är inte knutet till någon speciell betalningsform utan kan användas generellt.

Fallbaserad ersättning förutsätter en viss volym på vårdproduktionen. Patienter som skrivs ut med minskade vårdtider ger möjlighet till högre utnyttjandegrad av sjukhus-sängar. Om detta är liktydigt med högre effektivitet är dock osäkert. Kritiker har invänt att vårdproducenter med fallbaserad ersättning styrs till att selektera lönsamma patienter (mindre sjuka, mindre risk) inom respektive kostnadsgrupp. Producentens incitament är att erbjuda tjänster till patienter som kräver små resurser och att undvika patientgrupper där man kan befara att full kostnadstäckning inte uppnås. Sådana patienter kan t.ex. vara patienter med hög komplikationsrisk.

Administrationskostnader. Fallbaserad ersättning kräver sofistikerade informationssystem. Finansiären betalar bara för sina "egna" patienter vilket betyder att fakturor måste kunna härledas till enskilda patienter. Producenten måste inte bara kunna följa upp vilka åtgärder som vidtagits utan också att dessa fakturerats samt att ersättning erhållits. Fallbaserad ersättning främjar också kvalitetsarbete. Finansiären/beställaren kommer att kräva information om förändringar i patientsammansättning, sjukdomspanorama och dödlighet. Uppföljning av sådana uppgifter kräver ett systematiskt kvalitetsarbete. Sådana kvalitetssystem kan betraktas som en investering i förbättrat omhändertagande. För att vidmakthålla kostnadskontrollen i ett system grundat på fallbaserad ersättning måste finansiären/beställaren ha ett verk-

tyg för att styra produktionsvolymerna. Det måste finnas både "gas-" och "bromspedal". Detta kan ibland uppnås genom uppföljning av resursutnyttjande där beställaren ges möjlighet att besluta om vilka åtgärder som vidtas av producenten. Sådan kontroll kan ske *prospektivt* genom att låta producenten i förväg begära tillstånd om att få genomföra viss åtgärd t.ex. elektiv inläggning. De situationer som påkallar beställarens tillstånd kan regleras i avtal. Möjligheten till underhandsbeslut *samtidigt* med vårdtillfället kan också övervägas. Exempel på sådana bedömningar kan vara frågan om förlängd vårdtid på inneliggande patient som t.ex. sker vid kommunens vårdnadsbedömningar av klinikfärdiga patienter. Om beställaren/finansiären vägrar att ersätta producentens kostnader får denne eller patienten själv stå för kostnaderna om patienten inte skrivs ut. *Retrospektiv* kontroll kan ske genom att producenten redovisar sin verksamhet i efterhand. Detta kan ske genom t.ex. medicinsk revision

Verksamhetsuppföljningen är i sig förenad med ett ökat resursutnyttjande och ökar de administrativa kostnaderna. Kritiker har menat att om kraven på kvalitetsredovisning uppfattats som alltför höga av producenten kan detta hämma relationerna mellan beställare och utförare. Samtidigt så har verksamhetsuppföljning med avseende på resursutnyttjande visat sig vara ett av de mest effektiva verktygen för att kunna få kostnadskontroll. Principerna för ersättning och beskrivning av diagnoser som skall ersättas måste vara tydlig för att minimera risken för selektion, DRG-glidning etc.

I de flesta hälso- och sjukvårdssystem blandas ofta olika ersättningsmodeller. Olika utförare kan arbeta under olika ersättningsystem. Sjukhusvård ersätts på ett sätt (t.ex. DRG) medan öppenvård ersätts på ett annat sätt (kapitering eller anslagsfinansiering). Olika ersättningsformer kan också tillämpas av olika beställare gentemot samma producent.

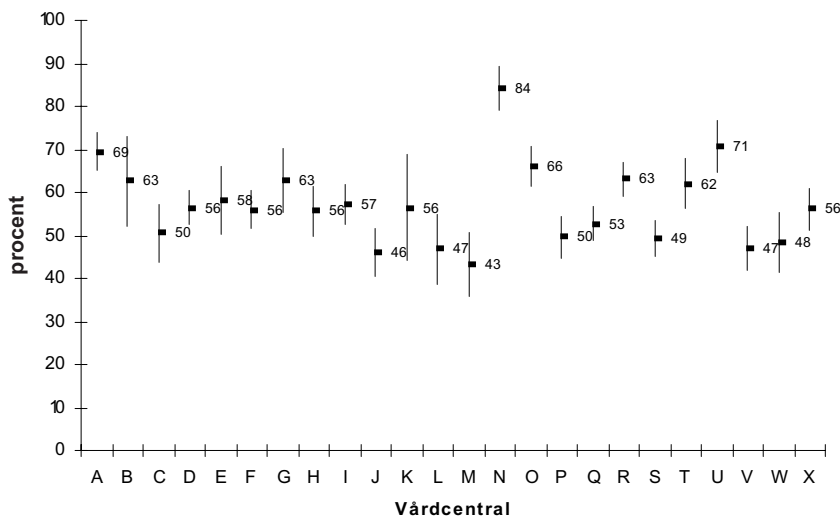


Diagram 1. Andel patienter vid mottagningarna 2003 som har ett HbA1c värde under 7.0. (95 procent konfidensintervall)

Fördelar och nackdelar med olika ersättningsystem

Ersättningsystem kan utvärderas från en rad olika kriterier. Om en viss ersättningsform är bra eller inte måste relateras till i vilket sammanhang den används, vad syftet med införandet av just denna modell varit etc. Det finns dock två parametrar som har ett övergripande intresse; kostnadskontroll och effektivt resursutnyttjande. Tabell 3 anger nackdelar och möjligheter för beställaren

att vidta åtgärder för att minimera sådan nackdelar med olika ersättningsformer. Incitamenten som följer av olika ekonomiska ersättningsmodeller tycks dock i första hand riktas mot processkvalitet (t.ex. tillgänglighet och bemötande)

Vi vet emellertid mycket lite om hur olika ersättningsformer påverkar det medicinska resultatet dvs. om patientens hälsa påverkas. Då detta kan vara den viktigaste parametern att följa finns anledning till försiktighet vid

Tabell 3. Fördelar och nackdelar med olika ersättningsmodeller

Ersättningsform	Utförarens möjlighet att minska sin ekonomiska risk	Åtgärder för att motverka oönskat beteende hos utföraren
anslagsfinansiering	<ul style="list-style-type: none">• sänkt kvalitet på vårdtjänsterna• minskade vårdvolym	<ul style="list-style-type: none">• Utvärdering. Tydligare krav på resultat, särskilt vad gäller hur behov tillgodoses• förutbestämd strategi för att hantera avvikelser i resultat
rambudget	<ul style="list-style-type: none">• sänkt kvalitet på vårdtjänsterna• sänkta vårdvolym	<ul style="list-style-type: none">• förutbestämd strategi för att hantera avvikelser i resultat
kapitering	<ul style="list-style-type: none">• sänkt kvalitet på vårdtjänsterna• sänkta vårdvolym• selektion av friska individer	<ul style="list-style-type: none">• tillförsäkra att alla som vill kan lista sig• Uppföljning och utvärdering. Tydliga krav på resultat, särskilt vad gäller hur behov tillgodoses• förutbestämd strategi för att hantera avvikelser i resultat
styckeprisersättning (ingen prislista)	<ul style="list-style-type: none">• öka produktionen	<ul style="list-style-type: none">• införa totalkostnadstak• införa förbättrad uppföljning av resursutnyttjandet
styckeprisersättning (med kostnadstak)	<ul style="list-style-type: none">• öka produktionen• kontrakt med flera beställare	<ul style="list-style-type: none">• införa förbättrad uppföljning av resursutnyttjandet
fallbaserad kostnadsersättning	<ul style="list-style-type: none">• indikationsglidning• ökad produktion	<ul style="list-style-type: none">• införa förbättrad uppföljning av resursutnyttjandet

bedömningen av olika ersättningsformer.

De incitament som man idag introducerat i vården kräver ofta betydligt mer sofistikerade uppföljningssystem än vad verksamheten kan erbjuda. På den ekonomiska sidan handlar det om möjligheter att enkelt kunna följa upp att rätt vårdolymer fakturerats till rätt beställare. Vad gäller verksamhetens medicinska innehåll handlar det om att kunna följa upp medicinsk resultat kvalitet. En utmaning kan t.ex. vara att presentera en jämförande redovisning av samtliga mottagnings utfall av medicinsk resultat kvalitet i ett område såsom t.ex. i exemplet från Primärvården i Skaraborg [11]. Diagram 1 visar en sammanställning av hur man når ett av sina behandlingsmål vid diabetesbehandling. (Diagrammet grundas på förvaltningens insamlade data men har sammanställts av författaren.)

En redovisning som i diagram 1 kan t.ex. ge underlag för beslut om omfördelning av resurser, impulser för utbildningssatsningar eller omfördelning av mottagningsarnas betjäningssunderlag.

Ekonomisk risk

I ett marknadsinspirerat hälso- och sjukvårdssystem kan den *ekonomiska risken* vara en faktor att beakta. Det är rimligt att anta att en utförare försöker minimera sitt risktagande. För att minska risken kan därför en utförare ändra sitt beteende.

Slutsatser

De erfarenheter vi hittills kunnat dra från beställarutförarmodeller pekar på problem med att beställarna har svårigheter att precisera uppdraget för utföraren samt att formulera strategier för avvikelshantering. Frågan kan också formuleras så att "*Om man varken kan tala om vad som skall göras eller vad som händer när det inte blir som man egentligen hade tänkt sig, vari ligger då själva styrningen?*". Är det dags att ompröva B/U-modellen?

För att kunna erbjuda vård på lika villkor bör beställarfunktionen utvecklas med avseende på målstyrning och verksamhetsuppföljning. Framför allt tycks ett ökat fokus på verksamhetsuppföljningen kunna överbrygga de oönskade effekter som vissa ersättningsmodeller annars kan ge. Detta kräver sannolikt en avsevärd utbildningsinsats i beställarfunktionen.

Sammanfattningsvis pekar det redovisade materialet på möjligheten av att utveckla målstyrningen i hälso- och sjukvården. Kan detta ske genom ökad utbildning av beställare? Eller bör beställar-/utförarmodellerna i vården omprövas till förmån för andra styrmodeller?

Referenser

1. McArthur J, Moore F. The Two Cultures And The Health Care Revolution, JAMA. 1997;277:985-989
2. Snow CP, The Two Cultures and the Scientific Revolution: The Rede Lectures. New York. N.Y: Cambridge University Press; 1959
- 3 Aktiv Uppföljning, Stockholmsmodellen – Problem och möjligheter, 1994, Socialstyrelsen artnr 1994 – 13 – 22
4. Hurst J W. The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries. 1992 OECD Health Policy Studies No 2. Paris:OECD
5. Henke K-D, Murray M A, Ade C, Global Budgeting in Germany: Lessons For The United States, Health Affairs, Vol 13:4, pp 7 - 21, 1994
6. Hsiao W, "Marketization" - The illusory magic pill, Health economics, Vol 3: 351-357 (1994)
7. DeGeyndt W. 1991 Managing Health Experiences Under National Health Insurance: The Case of Korea. World Bank Technical paper 156, Washington DC.
8. Henke K-D, Murray M A, Ade C, Global Budgeting in Germany: Lessons For The United States, Health Affairs, Vol 13:4, pp 7 - 21, 1994
9. Russel L, Manning C L, The effect of prospective payment on medicare expenditures, The New England Journal of Medicine, Vol 320, No 7, Feb 16, 1989, pp 439-444
10. Paqero V.B., Lieberman S, 1992 Indonesia: Health Insurance Issues in the 1990s Draft confidential report 9999-DIND. East Asia and Pacific Country Department III, Population and Human Resources Operations Division. Washington D.C: The World Bank.
11. Primärvården Skaraborg. Medicinska effektmål 2003. Rapport