

Ersättning i sjukvården

MODELLER, EFFEKTER,
REKOMMENDATIONER

PETER LINDGREN



SNS FÖRLAG

Ersättning i sjukvården

Modeller, effekter, rekommendationer

PETER LINDGREN

SNS FÖRLAG

SNS Förlag
Box 5629
114 86 Stockholm
Telefon: 08-507 025 00
info@sns.se
www.sns.se

SNS är en politiskt oberoende ideell förening som genom forskning, möten och bokutgivning bidrar till att beslutsfattare i politik, offentlig förvaltning och näringsliv kan fatta välgrundade beslut baserade på vetenskap och saklig analys.

Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer
Peter Lindgren

Omslag och grafisk form: Allan Seppa
Tryck: E-print AB, Stockholm 2014

ISBN 978-91-86949-56-3

Innehåll

FÖRORD	5
SAMMANFATTNING	7
I. INTRODUKTION	15
2. ÖVERSIKT AV OLIKA ERSÄTTNINGSMODELLER	17
3. VILKA MODELLER ANVÄNDS I SVERIGE I DAG?	26
4. ERSÄTTNINGSMODELLERNAS EFFEKTER	35
5. SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER	50
REFERENSER	55
REFERENSGRUPP	59
PUBLIKATIONER	60

Förord

Hur den ekonomiska styrningen utformas är en central, och omdebatterad, fråga inom hälso- och sjukvården i dag. Under de senaste 30 åren har styrningen av vården i Sverige förändrats. Vårdgivare styrs alltmer med ekonomiska incitament. Eftersom det är landstingen som beslutar hur ersättningen ska utformas finns det stora variationer mellan olika delar av landet.

SNS har engagerat Peter Lindgren för att genom denna rapport bidra till den pågående diskussionen om olika ersättningsmodellers för- och nackdelar samt i vilken riktning dagens modeller bör utvecklas. I rapporten undersöker Peter Lindgren hur ersättningssystemen för primär- och specialistvård ser ut i Sveriges landsting i dag. Vidare beskriver han grunderna för olika ersättningsmodeller och redogör för vad forskningen säger om deras effekter. Peter Lindgren är med.dr och verksam vid IVBAR samt knuten till Medical Management Centre vid Karolinska Institutet.

Rapporten ingår i forskningsprogrammet *Från välfärdsstat till välfärds-samhälle* som SNS startade 2010. Programmet bedrivs sedan 2012 i samarbete med Institutet för Näringslivsforskning (IFN) under ledning av undertecknade. Syftet med programmet är att ta fram forskningsbaserade underlag som kan bidra till förslag om hur det svenska systemet för produktion av välfärdstjänster kan förbättras. Programmet kommer att pågå till 2015 och belyser förutom ersättningsmodeller även marknadsdynamik, kvalitetskontroll samt styrning och ledning vid produktion av välfärdstjänster. I slutet av rapporten finns en förteckning över de publikationer som hittills har getts ut inom programmet.

Arbetet med denna rapport har kunnat genomföras tack vare ekonomiska bidrag till nämnda forskningsprogram från ett antal företag, myndigheter och organisationer: AFA Försäkring, Aleris, Attendo, Axcel, Bräcke Diakoni, Capio, Diaverum, EQT, IK Investment Partners, Investor, Katrineholms kommun, Magnora, Nordic Capital, Nordic Healthcare Group, Praktiker-tjänst, Procuritas, Stockholms läns landsting, Sven och Dagmar Saléns stiftelse, Sveriges Kommuner och Landsting, Svensk Försäkring, Team Olivia,

Tillväxtverket, Triton, Täby kommun, Valedo Partners och Vinnova.

En referensgrupp under ledning av Catharina Barkman, innovationsdirektör vid Stockholms läns landsting, har följt arbetet med rapporten. Referensgruppens medlemmar listas i slutet av rapporten. Å våra egna och SNS vägnar vill vi tacka för det stora engagemang som referensgruppens medlemmar har visat och för de initierade synpunkter som de har lämnat på manuskriptet. Tack också till Lars-Åke Levin och Fredric Jacobsson, som granskat rapporten. Särskilt tack till Emma Spånberg och Anders Lundberg för datainsamling till kapitel 3.

För analys och slutsatser svarar författaren själv. SNS som organisation tar inte ställning till dessa. Inte heller finansiärerna, referensgruppen eller granskarna ansvarar för innehållet i rapporten. SNS uppdrag är att initiera och presentera forskningsbaserade och policyrelevanta analyser av viktiga samhällsfrågor. Vår förhoppning är att den här rapporten kan bidra till en konstruktiv diskussion om hur sjukvårdens ersättningsmodeller bör utvecklas i syfte att uppnå vårdens målsättningar på ett kostnadseffektivt sätt.

Stockholm i mars 2014

Ilinca Benson och Henrik Jordahl

Sammanfattning

Hälso- och sjukvården styrs alltmer med ekonomiska incitament. Det har blivit vanligt att koppla betalningen till faktorer som verksamhetens resursinsatser, prestationer eller grad av måluppfyllelse. Hur ersättningssystemen är utformade skapar olika incitament för vårdens aktörer och påverkar deras beteende. Systemen har stor betydelse för vårdens effektivitet, kvalitet och organisationssätt och den ekonomiska styrningens utveckling har blivit en av de mer debatterade hälso- och sjukvårdsfrågorna.

Det är landstingen som avgör hur ersättningen utformas och det finns stora variationer mellan olika delar av landet samt även mellan primär- och specialistvård. Rapporten ger en överblick av de modeller som används för ersättning inom sjukvården i Sverige i dag, samt redogör för vad som är känt om deras effekter.

Modeller för ersättning i vården

Om ersättningen bestäms i förväg, prospektivt, får utföraren ett fast belopp, utan att hänsyn tas till vilka de faktiska kostnaderna blir. Om ersättningen bestäms i efterhand, retrospektivt, får utföraren betalt baserat på den faktiska resursåtgången. I det första fallet har utföraren incitament att arbeta så resurssnålt som möjligt, i det andra att producera så mycket som möjligt. Ersättningen kan vara fast, det vill säga oberoende av hur mycket som görs, eller rörlig, det vill säga grundad på hur mycket som levereras. Vid rörlig ersättning finns incitament att utföra så mycket som möjligt, vilket inte är fallet vid fast ersättning.

Det finns fyra huvudtyper av ersättningsmodeller. De används ofta i kombination med varandra eller med andra kompletterande ersättningsupplägg.

1. Anslag. Ersättningen baseras på en i förväg bestämd budget (fast, prospektiv ersättning).

2. Kapitation. Ersättningens storlek baseras på den population (antal personer) som vårdgivaren har ansvar för (fast, prospektiv ersättning).
3. Ersättning per produktgrupp, till exempel diagnosrelaterade grupper, DRG, och värdepisodersättning. Vårdgivaren ersätts för definierade åtgärds paket med ett i förväg bestämt pris (prospektiv, rörlig ersättning).
4. Åtgärdsbaserad ersättning. Vårdgivaren får ersättning i efterhand för varje genomförd åtgärd (retrospektiv, rörlig ersättning).

Kompletterande upplägg:

- * Resultatbaserad ersättning. Uppnådda resultat premieras och ersättningen kombineras med någon av modellerna ovan. Man kan här skilja mellan 1) målrelaterad ersättning där bonus eller viten knyts till ett eller flera mått och 2) värdebaserad ersättning som syftar till att stimulera ökat värde genom att ersättningen knyts till hälsoutfall och omfattar alla aktiviteter som påverkar detta.

Kapitation är huvudmodellen inom primärvården i samtliga landsting

När kapitation används justeras ersättningsnivån baserat på egenskaper hos den underliggande populationen. Vilka faktorer som ligger till grund för justeringen och hur stor tyngd de ges varierar. Följande faktorer förekommer:

- * Ålder tillämpas i 86 procent (18 av 21) av landstingen.
- * Värddyngd tillämpas i 57 procent av landstingen, bedöms utifrån måttet ACG (*Adjusted Clinical Groups*) i vilket patienter klassificeras utifrån tidigare diagnoser, ålder och kön.
- * Socioekonomi tillämpas i 71 procent av landstingen, bedöms oftast utifrån måttet CNI (*Care Need Index*) i vilket faktorer såsom ålder, arbetslöshet, utbildningsnivå och andel utlandsfödda ingår.
- * Vårdcentralens läge tillämpas i 66 procent av landstingen.

Åtgärdsbaserad ersättning och anslag som komplement till kapitation. De flesta landsting kompletterar kapitationsmodellen med åtgärdsbaserad ersättning i någon grad, från någon enstaka procent till omkring 50 procent i de landsting som har en stor del åtgärdsbaserad ersättning, till exempel Stockholm.

En mindre del av verksamheterna får ersättning med anslag för särskilda uppdrag, exempelvis barna- och mödravård.

Målrelaterade ersättningar är vanligt förekommande men antalet mål varierar stort. Alla landsting utom Jämtland har ersättning i primärvården knuten till åtminstone något mål. Antalet mål varierar från 1 till 39 olika mått. Av den totala ersättningen utgör den denna typ av ersättning 1–5 procent, utom i Dalarna där 20 procent baseras på täckningsgrad och ytterligare 5 procent på kvalitetsmål.

9

Anslag är grunden i specialistvården

Inom specialistvården används anslagsfinansiering i samtliga landsting, men graden och förekomsten av kompletteringar med rörliga ersättningar varierar kraftigt. Sex landsting använder enbart anslag.

Diagnosrelaterade grupper, DRG, används av nio landsting för att beräkna delar av ersättningen. DRG är ett system för att gruppera vårdtillfällen med likartad resursåtgång baserat på diagnoser och genomförda åtgärder.

Vid vårdepisodersättning ges en fast ersättning i förväg som ska täcka alla vårdinsatser för en diagnos eller ett ingrepp. För att stärka integrationen av vårdkedjor kan vårdepisoder konstrueras som att de omfattar flera olika vårdgivare. En del vårdepisodersättningar gör vårdgivaren finansiellt ansvarig för eventuella besvär som uppstår under en viss tidsperiod, genom en så kallad komplikationsgaranti. I landstingen i Stockholms och Uppsala län ersätts i dag planerade höft- och knäprotesoperationer efter denna princip. Vårdepisodersättningar har också introducerats i Halland, Jönköping och Kronoberg.

Ersättningsmodellernas effekter

Alla ersättningsmodeller är förknippade med positiva och negativa effekter. Därför används olika metoder för att försöka parera oönskade effekter. Förändringar i ersättningsystemen är ofta en del av större reformer. Det gör det svårt att fastställa vilka effekter införandet av en viss ersättningsmodell har haft.

RESURSANVÄNDNING, PRODUKTION OCH KOSTNADER

Fast ersättning ger god kontroll över förväntade kostnader för landstinget, men låga incitament till vårdgivaren att förbättra produktiviteten. Det omvända gäller vid rörlig ersättning. Vid rörlig ersättning bärs den finansiella risken av landstinget.

LIKA TILLGÅNG TILL VÅRD

IO

Vid åtgärdsbaserad ersättning finns inga incitament att välja bort patienter. För samtliga övriga modeller finns i teorin incitament som kan minska tillgången till vård för olika patientgrupper:

- * Anslagsfinansiering och kapitationsersättning: risk för övervältring av patienter, till exempel att de remitteras till andra utförare, samt risk för långa väntetider vilket begränsar tillgången till vård och kan drabba olika grupper olika starkt.
- * Ersättning per produktgrupp: incitament att undvika komplicerade fall, så kallad patientselektion, samt att överproducera vård till mindre komplicerade patienter.
- * Resultatbaserad ersättning: risk för patientselektion.

Internationella studier visar att patientselektion kan vara ett allmänt problem i sjukvården. Problemet verkar dock inte, utifrån befintliga studier, vara särskilt vanligt i Sverige.

KVALITET

- * Åtgärdsbaserade ersättningsmodeller är teoretiskt sett neutrala i kvalitetshänseende.
- * I modeller med fast ersättning kan de starka incitamenten för låg aktivitet medföra en risk för låg patientservice och låg kvalitet.
- * Ersättning per produktgrupp kan i teorin också leda till lägre kvalitet, eftersom vårdgivaren har incitament att hålla nere resursförbrukningen vid varje tillfälle.
- * Ett viktigt syfte med resultatbaserad ersättning är att kompensera för de potentiella risker för låg kvalitet som finns med de övriga modellerna. Detta kan dock leda till andra problem, till exempel att mindre fokus läggs på patienter med diagnoser som inte täcks av den målrelaterade ersättningen.

Enligt befintliga studier är ingen av grundmodellerna förknippad med markant bättre eller sämre kvalitet.

RISK FÖR MANIPULATION

Alla system som är beroende av information från vårdgivaren för att beräkna ersättningens storlek är potentiellt känsliga för manipulation.

- * Åtgärdsbaserad ersättning: risk för att för många besök faktureras eller att besök avsiktligt registreras på fel sätt.
- * Ersättning per produktgrupp: ersättningen baseras på vilken DRG-grupp vårdtillfället klassificeras som. Det kan vara lockande att ange så många bidiagnoser som möjligt för att vårdtillfället ska hamna i en grupp med så hög ersättning som möjligt, så kallad uppkodning.
- * Målrelaterad ersättning: risk för att direkta felaktigheter rapporteras för att målen ska nås. Risken minimeras om de data som ligger till grund för mätningen hämtas från en annan källa än vårdgivaren, till exempel från ett kvalitetsregister där uppgifterna lämnas av patienterna.

II

Den empiriska litteraturen tyder på att manipulation av ersättningssystemen kan vara ett problem om man inte har tillräckliga kontrollsystem för att hantera denna risk. Problemen tycks dock vara mindre i Sverige än i andra länder.

INNOVATION

Innovation kan antingen ske genom att minska resursåtgången för att uppnå ett givet hälsoutfall eller genom att åstadkomma ett bättre hälsoutfall på ett kostnadseffektivt sätt. Landstingen har i dag starkare incitament att minska resursåtgången är att förbättra hälsoutfallen.

- * Vid målrelaterad ersättning är oftast den bonus som betalas ut förhållandevis liten vilket i realiteten gör utrymmet för innovation begränsat.
- * Vid värdebaserad ersättning är en betydande del av ersättningen knuten till utfall. Det gör att incitamenten till innovation ökar.
- * Åtgärdsbaserad ersättning är den modell som är sämst anpassad för att stimulera till innovationer som förbättrar effektiviteten, eftersom färre genomförda åtgärder leder till lägre ersättning för vårdgivaren.
- * Anslagsfinansiering och kapitation medger att innovationer som minskar resursanvändningen införs. Ökad effektivitet kan dock leda till minskade anslag i framtiden, vilket i vissa fall kan verka som en motkraft.

Ersättningsmodellernas betydelse för innovation har tyvärr inte undersökts i någon större utsträckning i den vetenskapliga litteraturen.

Slutsatser och rekommendationer

LÅT TYPEN AV VÅRD AVGÖRA VILKEN ERSÄTTNINGSMODELL SOM SKA TILLÄMPAS

I2

Det verkar rimligt att använda mer komplexa ersättningsmodeller, såsom värdebaserad ersättning, för de sjukdomstillstånd där volymerna och kostnaderna är stora. De potentiella vinsterna med mer sofistikerad styrning är större i dessa fall. Vid små patientvolymmer blir nyttan av ett komplicerat system mindre.

För enklare sjukdomstillstånd eller insatser är nyttan med avancerad uppföljning och styrning liten. För svåra fall där patienterna till exempel har komplex samsjuklighet eller där patientgruppen är väldigt heterogen kan uppföljning vara svår att genomföra, på grund av svårigheter med att definiera relevanta utfallsmått. I dessa fall är traditionella ersättningsmodeller mer lämpade. Värdebaserad ersättning är med andra ord mest lämplig för de medelkomplicerade fallen.

SYNLIGGÖR OCH BEDÖM DE INCITAMENT SOM VARJE MODELL SKAPAR

Det är viktigt att göra en bedömning av hur de incitament som en modell skapar påverkar verksamheten. Den ekonomiska styrningen påverkar hur sjukvården organiseras, vad som levereras och till vilken kostnad. Det gäller oavsett vilken ersättningsmodell som används och oberoende av om alla i personalen förstår de ekonomiska incitamenten. Modellens syfte och hur den är tänkt att fungera bör tydliggöras i organisationen.

TA HÄNSYN TILL HUR ERSÄTTNINGSMODELLEN PÅVERKAR ANDRA DRIVKRAFTER

Den ekonomiska styrningen är en av flera faktorer som påverkar vårdens aktörer. Dagens debatt tycks delvis ha sitt ursprung i en upplevd konflikt mellan vad som premieras och vad sjukvårdspersonalen anser är viktigt att åstadkomma. Med ett större fokus på utfall – genom värdebaserad eller målrelaterad ersättning – går det att likrikta de professionella incitamenten med den ekonomiska verkligheten.

STIMULERA INNOVATIONER MED VÅRDEPISODERSÄTTNING

Med tanke på de utmaningar vården står inför är det viktigt att den ekonomiska styrningen underlättar och stimulerar förbättringar.

Värdepisodersättning ger vårdgivaren möjlighet att förändra sina pro-

cesser utan att drabbas ekonomiskt på kort sikt och ger även bättre förutsättningar för ökad integration i vårdkedjan.

Incitament till innovation kan skapas om:

- * modellen konstrueras efter värdebaserade principer
- * ersättningen knyts till utfall
- * den finansiella risken för komplikationer kopplas till utföraren.

Ovanstående gäller särskilt för privata utförare. Men värdebaserad ersättning kan även vara verksamt som incitament hos offentliga vårdgivare, där man kan förvänta sig att de strikt ekonomiska incitamenten har en svagare påverkan. Det beror på att ersättningen är nära sammankopplad med uppföljning av relevanta utfall.

13

ANVÄND VÄRDEBASERADE PRINCIPER I KAPITATIONSMODELLEN

Kapitationsmodellen ger vårdgivaren helhetsansvar för patienten vilket möjliggör att verksamheten organiseras utifrån patientens behov. Landstingen har ofta valt att kompensera modellens svagheter, såsom svaga incitament till aktivitet och därmed bristande tillgänglighet, genom att ha med åtgärdsbaserade komponenter såsom med ersättning per besök. Detta har lett till ökad produktivitet, men också till att det blivit svårare att ta till sig effektiva lösningar som inte omfattar besök. En väg framåt kan vara att ersätta enklare aktiviteter enligt åtgärdsmodellen för att bevara tillgängligheten, men att samtidigt gå mot värdebaserade principer där vårdgivaren görs ansvarig för den generella hälsan i populationen. Ett sätt att göra detta vore att i högre utsträckning än i dag koppla samman ersättningen för primär- och specialistvård. Minskade kostnader i specialistvården tack vare effektivt preventions- eller samordningsarbete förs över till de framgångsrika primärvårdsenheterna.

ANVÄND INRAPPORTERADE MÅTT FÖR ÅTERKOPPLING DIREKT TILL RESPEKTIVE VERKSAMHET

Den svenska sjukvårdsdebatten har bland annat handlat om ett missnöje med den inrapportering som krävs för att få ersättning i DRG-modellen. Detta är en aning paradoxalt, då DRG bara används som grund för ersättning i knappt hälften av Sveriges landsting och regioner. DRG används dock som beskrivningssystem nationellt. Den registrering som ligger till grund för DRG-klassificeringen är i allmänhet densamma som används för till exempel Socialstyrelsens slutenvårdsregister, en erkänt viktig resurs för

forskning och uppföljning. Behoven av inrapportering skulle alltså finnas kvar, även om man inte använde DRG för att beräkna ersättning. En orsak till frustrationen kan vara att vårdpersonalen enbart ser rapporteringen som en onödig administrativ börda utan kliniskt värde. Här finns nyckeln till något potentiellt viktigt för mer komplexa ersättningsmodeller. Den upplevda nyttan kanske ökar om det underlag som ligger till grund för beräkning av ersättningar också används för återkoppling direkt till verksamheten.

I4

ALLMÄNGILTIGA FRAMGÅNGSFAKTORER VID INFÖRANDE AV NY EKONOMISK STYRNING

- * Inkludera vårdens aktörer i utvecklingen av ersättningsmodellen.
- * Tydliggör i hela organisationen om syftet är att skapa incitament för ett visst beteende.
- * Använd riskjustering för att garantera patienter lika tillgång till vård.

Våga experimentera! En experimentell design för att utvärdera effekter av förändringar i ersättningsmodeller skulle ge stora möjligheter att isolera de orsak-verkan-samband som är svåra att fånga upp.

I.

Introduktion

Ersättningssystemens konstruktion spelar stor roll för vilka incitament som skapas för vårdens aktörer. Ersättningen är dock långt ifrån den enda faktorn av betydelse – inre motivation (yrkes stolthet, altruism), återkoppling och rapportering av resultat, lagar och regleringar samt patientegenskaper påverkar också.¹ Men ersättningssystemen är en viktig komponent i vårdens styrning och har därför stor betydelse för vårdens effektivitet, kvalitet och organisationssätt.

Ersättningssystemen i svensk sjukvård har utvecklats successivt de senaste 30 åren. Under 1980-talet dominerade anslagsfinansiering och budgettänkande. Sjukvården kritiserades för dålig kostnadskontroll, effektivitetsproblem (framför allt kännbara genom köer och långa väntetider) samt bristande möjligheter att välja vårdgivare. Detta ledde under 1990-talets början till att många landsting genomförde reformer för att öka produktiviteten i vården, bland annat genom fler marknadsinslag i form av beställar-utförarmodeller och ersättningsmodeller där vårdgivare i stället för att erhålla fasta anslag ersattes för utförda aktiviteter. Den ekonomiska krisen under decenniets mitt fick dock många landsting att ta ett steg tillbaka från dessa förändringar för att bättre kunna kontrollera sina utgifter. Under 2000-talet har man bytt fokus och börjat mäta utfall på olika sätt. Ett exempel är de öppna jämförelser av kvalitetsindikatorer som publiceras. Detta har lett till ökat intresse för målrelaterade ersättningar.²

Ersättningen till vårdgivare regleras lokalt och beslutas därmed självständigt av landsting och regioner. Det innebär att det finns stor variation mellan de modeller som tillämpas. Även inom landstingen varierar ersättningen, exempelvis ersätts primärvård och specialistvård efter olika modeller. Det finns också landsting där olika ersättningsprinciper tillämpas på skilda delar av den specialiserade vården. Alla ersättningsmodeller har både

¹ Frolich m.fl. (2007).

² Anell, Glengård och Merkur (2012).

för- och nackdelar. Frågan om hur vården ersätts har, vid sidan av frågan om privata aktörers roll inom vård- och omsorgssektorn, blivit en av de mer debatterade hälso- och sjukvårdsfrågorna. Ersättningsystemens konstruktion sätter ramarna för såväl privata som offentliga aktörer och påverkar därigenom deras beteende. Det är därför angeläget att beskriva vilka typer av ersättningsmodeller som finns och vilka effekter de har.

Syftet med denna rapport är att ge en överblick av de modeller som används för att ersätta sjukvården i Sverige i dag, vare sig de används inom ramen för vårdval eller inte, samt modellernas effekter. Rapporten beskriver dels grunderna för de vanligaste ersättningsmodellerna, dels de effekter som modellerna har på sex områden: kostnadskontroll och produktivitet, kvalitet, tillgång till vård, risk för manipulation, innovation samt skillnad i effekter beroende på vårdproducentens karaktäristika. I rapporten ges också en översikt av vilka modeller för ersättning som används i Sveriges landsting och regioner. Avslutningsvis presenteras ett antal policyrekommendationer.

De senaste fem åren har flera rapporter om ersättningsystem publicerats i Sverige. Den mest omfattande är en rapport till Expertgruppen för Studier i Offentlig ekonomi (ESO) med fokus på målrelaterad ersättning.³ Flera rapporter har skrivits för Sveriges Kommuner och Landstings (SKL), räkning. År 2009 publicerades bland annat en genomgång av internationella erfarenheter samt en genomgång av utveckling, erfarenheter och tillämpning i Sverige.⁴ Inom ramen för SKL:s vårdvalsnätverk har två rapporter publicerats med fokus på vårdval inom primärvård respektive specialistvård.⁵ Det finns sålunda ett gott kunskapsläge att utgå från, framför allt när det gäller teoribildning och praktik, men förändringar inom området sker snabbt. De eventuella risker för manipulation och de effekter på innovation som följer med de olika ersättningsystemen har inte belysts i någon större utsträckning tidigare.

3 Anell (2010).

4 Calltorp (2009), Jacobsson och Lindvall (2009).

5 Anell, Nylinder och Glenngård (2012), Anell (2013).

2.

Översikt av olika ersättningsmodeller

Generellt kan ersättning beskrivas utifrån två huvuddimensioner, tid och aktivitet, som skapar olika typer av incitament:⁶

- * Tid. Ersättningen kan antingen bestämmas i förväg (prospektiv ersättning) eller i efterhand (retrospektiv ersättning). Vid prospektiv ersättning får säljaren ett fast belopp, utan att hänsyn tas till vilka faktiska kostnader som uppstår. Om ersättningen i stället bestäms retrospektivt får säljaren betalt baserat på den faktiska resursåtgången. Detta skapar olika incitament för säljaren: i det första fallet att arbeta så resurssnålt som möjligt, i det andra att göra så mycket som möjligt.
- * Aktivitet. Ersättningen kan här vara fast, det vill säga säljaren eller utföraren får samma ersättning oavsett hur mycket som görs, eller rörlig, det vill säga ersättningen baseras på hur mycket som genomförs eller levereras. Vid rörlig ersättning finns ett ekonomiskt incitament för säljaren att utföra så mycket som möjligt; vid fast ersättning saknas sådana incitament.

Jag har i denna rapport valt att dela in de ersättningsmodeller som används i Sverige i följande grupper:

- * Anslag. Ersättningen baseras på en i förväg bestämd budget (fast, prospektiv ersättning).
- * Kapitation. Ersättningsens storlek baseras på den population (antal människor/vårdtagare) som vårdgivaren har ansvar för (fast, prospektiv ersättning).
- * Ersättning per produktgrupp, till exempel diagnosrelaterade grupper, DRG, och vårdepisodersättning. Vårdgivaren ersätts för definierade åtgärds paket med ett i förväg bestämt pris (prospektiv, rörlig ersättning).

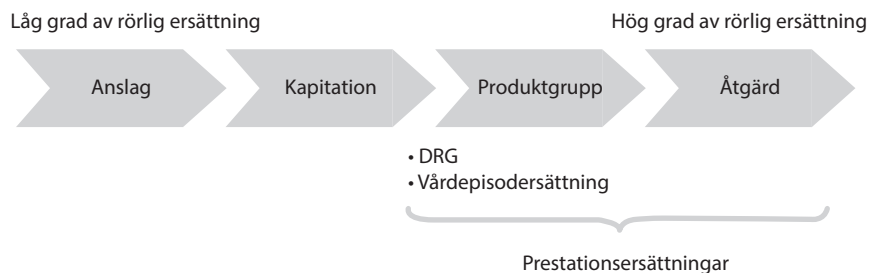
⁶ Jacobsson (2008).

- * Åtgärdsbaserad ersättning. Vårdgivaren får ersättning i efterhand för varje genomförd åtgärd (retrospektiv, rörlig ersättning).
- * Resultatbaserad ersättning. Uppnådda resultat premieras och ersättningen kombineras med någon av modellerna ovan. Man kan här skilja mellan 1) målrelaterad ersättning där bonus eller viten knyts till ett eller flera mått som man särskilt vill fokusera på och 2) värdebaserad ersättning som syftar till att stimulera ökat värde (hälsoutfall i relation till resurser) genom att ersättningen knyts till hälsoutfall och omfattar alla aktiviteter som påverkar detta.

Modellerna kan beskrivas utifrån graden av rörlig ersättning, det vill säga hur mycket ersättningen tillåts variera beroende på mängden vård som utförs (illustreras i figur 1). Åtgärdsbaserad ersättning och ersättning per produktgrupp kallas prestationsersättningar. Det innebär att vårdgivaren får betalt för varje insats som genomförs. Den principiella skillnaden mellan dessa två utgörs av hur snävt insatsen definieras. Vid kapitationsersättning baseras den rörliga delen på storleken hos den population vårdgivaren är ansvarig för, medan anslagsfinansierad verksamhet i teorin innebär en fast budget för att täcka kostnaderna för en produktionsenhet (till exempel ett sjukhus).

Termen prestationsersättning kan även användas för att beskriva målrelaterade ersättningar och då avses hur väl vårdgivaren presterat i termer av mål eller utfall. I följande avsnitt beskrivs de underliggande principerna för dessa olika former av ersättningsmodeller.

Figur 1. Ersättningsmodeller utifrån grad av rörlig ersättning



Anslagsfinansiering

Anslagsfinansiering, också kallad budgetfinansiering, innebär att vårdproducenten ersätts med ett fast belopp som ska täcka verksamhetens kostnader för en given tidsperiod. Ersättningen är alltså inte kopplad till de åtgärder eller aktiviteter som utförs. Vårdfinansieraren har därför i teorin god kontroll över sina kostnader. I realiteten är det dock vanligt att vårdproducentens faktiska kostnader överskrider de budgeterade och anslaget blir då otillräckligt och finansieraren behöver skjuta till extra medel.

Nivån på ersättning baseras oftast på historiska kostnader. Tidigare års kostnader utgör normalt grund för ersättningens storlek. Den kan dock komma att justeras i efterhand baserat på exempelvis förväntade trender eller sparbetning.

Kapitation

Vid kapitationsersättning är en vårdgivare ansvarig för en definierad population och får betalt efter denna populations storlek och egenskaper. Populationen kan definieras antingen utifrån ett geografiskt upptagningsområde eller utifrån antalet listade personer hos den aktuella vårdproducenten.

Eftersom olika patienter förväntas ha olika vårdbehov kan kapitationsmodellen justeras för att kompensera för detta. I en genomgång för SKL:s räkning listar Anell och kollegor tre faktorer som används som grund för justering: vårdtyngd, socioekonomi och lokalisering. Dessutom justeras ersättning baserat på täckningsgrad, det vill säga hur stor del av patientens vårdkonsumtion som sker på rätt nivå eller plats i organisationen. Detta kan förstås även ses som en form av målrelaterad ersättning (se nedan).⁷

I Sverige bedöms i dag förväntad vårdtyngd antingen utifrån ålder eller med ett mått som kallas ACG (*Adjusted Clinical Groups*), eller med en kombination av båda. För justering med ACG klassificeras patienter i 93 olika grupper baserade på kön, ålder och tidigare diagnoser.⁸ Socioekonomi baseras antingen på inkomst i upptagningsområdet eller med CNI (*Care Need Index*), där socioekonomiska faktorer används för att skatta vårdbehovet vid en primärvårdsenhet. I CNI ingår faktorer som ålder, arbetslöshet, utbildningsnivå och andel utlandsfödda.⁹

7 Anell, Nylinder och Glengård (2012).

8 Carlsson m.fl. (2004).

9 Sundquist m.fl. (2003).

Ersättning per produktgrupp

Flera modeller för ersättning kan grupperas i kategorin ersättning per produktgrupp. Gemensamt för dem är att ersättningen är rörlig och definieras prospektivt. I praktiken finns i Sverige två former av ersättning av denna typ: ersättning baserad på DRG (diagnosrelaterade grupper) och vård-episodersättning.

20

DRG (DIAGNOSRELATERADE GRUPPER)

DRG är primärt ett beskrivningssystem där vårdtillfällena grupperas efter hur mycket resurser de tar i anspråk. Systemet togs från början fram i USA under 1960- och 1970-talen och har sedan dess utvecklats i ett antal varianter. I Sverige används framför allt NordDRG, som tagits fram av Nordisk medicinalstatistisk kommitté (NOMESKO) och som i Sverige förvaltas av Socialstyrelsen.¹⁰

I DRG-systemet grupperas vårdkontakter som medicinskt liknar varandra och som har en liknande resursåtgång. Grupperingen baseras på huvuddiagnos, bidiagnoser, genomförda åtgärder, ålder, kön och utskrivningssätt för det aktuella vårdtillfället (till exempel om patienten flyttats till annan avdelning eller avlider under vårdtillfället). Huvuddiagnos och större åtgärder (exempelvis operationer) avgör vilken grupp tillfället klassificeras i. I många fall delas grupperna även in i okomplicerade, komplicerade eller mycket komplicerade. Denna klassificering avgörs av bidiagnoser och åtgärder. Ett exempel: Om en patient vårdas för hjärtinfarkt och genomgår en ballongpumpsvidgning klassificeras detta vårdtillfälle med kod E18E så länge inga komplicerande faktorer föreligger. Skulle så vara fallet blir koden i stället E18C. En komplicerande bidiagnos kan vara att patienten även har en tumör.¹¹

I ersättningssammanhang baseras betalningen på ett pris per DRG-poäng där 1 motsvarar genomsnittskostnaden för alla vårdtillfällen. Dessa vikter baseras i Sverige på SKL:s databas ”Kostnad per patient” som är en sammanställning av kostnaden för ungefär 70 procent av alla vårdtillfällen inom slutenvården. I vissa fall baseras ersättningen på den nationella snittkostnaden per DRG-poäng, men lokala prislistor förekommer också. Vårdgivare ersätts sedan baserat på antalet DRG-poäng som de producerat. Vid beräkningen exkluderas fall med extrema kostnader, så kallade ytterfall.

¹⁰ Socialstyrelsen (2011b).

¹¹ Socialstyrelsen (2013).

Normalt utgör dessa 5 procent av fallen. En särskild ytterfallsersättning betalas för dessa patienter, ofta baserad på vårdtid. För att ge betalaren budgetkontroll finns ofta ett tak för hur många DRG-poäng som ska produceras. Om taket överskrids ges mindre ersättning per producerad poäng.

VÅRDEPISODERSÄTTNING

Vid vårdepisodersättning (*bundled payment*) ges en fast, prospektivt fastställd ersättning som ska täcka alla vårdinsatser för en diagnos eller ett ingrepp. DRG-ersättning kan sägas vara en form av vårdepisodersättning där episoden utgörs av en sjukhusinläggning eller ett besök vid en vårdinrättning. Oftast används dock termen vårdepisodersättning för att beskriva en ersättning som omfattar mer än ett enskilt vårdtillfälle.¹²

För att stärka integrationen av vårdkedjor kan vårdepisoder konstrueras så att de omfattar flera olika vårdgivare. En aktör har huvudansvaret för vårdkedjan och ansvarar för samarbetet med övriga vårdgivare. Dessa ersätts sedan antingen genom kontrakt med den huvudansvariga, eller genom avräkningar som beställaren gör.

En del vårdepisodersättningar gör vårdproducenten finansiellt ansvarig för eventuella komplikationer genom en komplikationsgaranti. Vårdgivaren får då stå för kostnaderna för att hantera eventuella komplikationer som uppstår under en viss tidsperiod, oavsett om dessa tas om hand hos den aktuella vårdproducenten eller vid en annan enhet.

I landstingen i Stockholms och Uppsala län ersätts numera planerade höft- och knäprotesoperationer efter denna princip. Vårdgivarna ges en fast ersättning som inkluderar operation, röntgen, eftervård och återbesök. Modellen innefattar även en komplikationsgaranti där vårdgivaren är ansvarig för kostnader till följd av omoperationer och djupa infektioner två år efter ingreppet.¹³ Vårdepisodersättningar har också introducerats i Halland, Jönköping och Kronoberg.

Åtgärdsbaserad ersättning

Åtgärdsbaserad ersättning (*fee for service*) innebär att vårdgivaren i efterhand ersätts för varje aktivitet som genomförts. En aktivitet kan vara ett besök, ett test eller en genomförd åtgärd. Vad som utgör en aktivitet och hur

¹² Welch (1998).

¹³ Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (SLL) (2011), Hälso- och sjukvårdsstyrelsen (Uppsala) (2013).

dessa ersätts kan variera mellan olika modeller: ett besök kan till exempel ersättas efter samma taxa oavsett vilken yrkesgrupp patienten besöker eller utifrån en differentierad taxa baserad på personaltyp.

Resultatbaserad ersättning

22

MÅLRELATERAD ERSÄTTNING

Målrelaterad ersättning (*pay for performance*, ofta förkortat P4P) har blivit alltmer populär inom vården. Syftet med denna form av ersättning är dels att introducera styrmedel för att hantera oönskade effekter av de traditionella ersättningsmodellerna, dels att sätta fokus på särskilt prioriterade områden. Målrelaterad ersättning används som ett komplement till annan ersättning. Det finns ett stort antal ersättningsmodeller av den här typen både i Sverige och i andra länder, och modellerna ser mycket olika ut. Generellt kan de beskrivas utifrån tre faktorer: vad som ersätts, vem som ersätts och hur ersättningen sker.¹⁴

Det finns flera faktorer som kan omfattas av målrelaterad ersättning: klinisk kvalitet, patientnöjdhet, tillgång till vård (exempelvis väntetider) och finansiella mått. Det finns exempel på modeller som baserar ersättningen på en, flera eller alla dessa faktorer, men klinisk kvalitet är det vanligaste målet. Klinisk kvalitet kan i sin tur definieras på flera sätt. Kvalitetsmål kan till exempel vara:

- * andel patienter som står på en behandling som rekommenderas av kliniska riktlinjer
- * målvärden som blodtryck eller blodfetter
- * utbildningsinsatser
- * mätdata som rapporterats in i journalsystem eller kvalitetsregister.

Internationellt finns modeller där upp till 130 olika kvalitetsparametrar mäts, i Sverige varierar antalet mellan 1 och 40.¹⁵

Ersättningen för uppnådda mål kan riktas till olika nivåer i organisationen: individnivån, till exempel den behandlande läkaren, enskilda enheter som en klinik eller vårdcentral, grupper av enheter eller hela sjukhus. Inom vissa system är deltagande frivilligt och vårdgivaren kan själv bestämma om den vill omfattas av systemet eller inte.

¹⁴ Eijkenaar (2012).

¹⁵ Anell, Nylinder och Glengård (2012), Eijkenaar (2012).

Ekonomiska incitament kan konstrueras på två sätt: som belöning för väl uppfyllda mål eller som böter i de fall vissa kriterier inte uppfylls. Belöningar är vanligast men även olika former av viten används. Man kan också skilja på modeller där ersättningen baseras antingen på absolut prestation eller relativ prestation. I det förstnämnda fallet betalas ersättningen ut om vissa förutbestämda mål uppnås, i det sistnämnda belönas de vårdgivare som presterar bäst på en given parameter. Storleken på ersättningen varierar mycket, från ett par upp till tiotals procentenheter. I Storbritannien kan upp till 30 procent av ersättningen vara resultatbaserad för de primärvårdsläkare som ansluter sig till det nationella ramverket för målrelaterad ersättning, Quality and Outcomes Framework (QOF).¹⁶

VÄRDEBASERAD ERSÄTTNING

Värdebaserad ersättning syftar till att stimulera effektivitetsutvecklingen inom sjukvården. Effektivitet (eller värde) definieras då som uppnådda hälsoreultat i relation till resursanvändning.¹⁷ För att stödja en positiv effektivitetsutveckling behöver en värdebaserad ersättningsmodell inkludera ett antal komponenter:

- * ersättningen ska baseras på patientrelevanta hälsoutfall
- * ingen ersättning för specifika aktiviteter i vårdkedjan (paketpris)
- * alla aktörer som kan påverka utfallet behöver omfattas av ersättningen (helhetsansvar)
- * kostnader för låg kvalitet ska inte kunna vältras över på andra aktörer (komplikationsgaranti)
- * vårdgivaren kompenseras utifrån patientens vårdbehov (*case-mix*-justering) så att patienter ges tillgång till vård oavsett förutsättningar.

Dessa kriterier gör att ett värdebaserat ramverk passar för vårdepisodersättning. Men man kan även tänka sig en värdebaserad kapitationsersättning där vårdgivaren har helhetsansvar för populationens hälsa och ersätts enligt förändringar i denna.

I dagsläget finns i Sverige ett värdebaserat ersättningssystem som uppfyller dessa kriterier i drift: Stockholms läns landsting ersätter sedan 1 oktober 2013 operationer inom ramen för vårdval ryggkirurgi enligt värdebaserade principer (se faktaruta s. 33).

¹⁶ Eijkenaar (2012).

¹⁷ Porter (2010).

Kombinationer

Det är mycket vanligt att kombinera olika ersättningsmodeller med varandra. I Sverige förekommer till exempel ersättningsmodeller i primärvården där grundmodellen är en kapitationsmodell baserad på antalet listade patienter vid en vårdcentral, men där vissa aktiviteter ersätts efter åtgärdsbaserade principer. Det kan vara betalning för besök från patienter som är listade någon annanstans eller ersättning för besök generellt. I Stockholms läns landsting är hälften av ersättningen till primärvården kapitationsbaserad medan andra hälften baseras på besök. Kapitationsmodellen kan också kombineras med anslagsfinansiering för att täcka specifika uppdrag, exempelvis utbildning.

Även inom specialistvården kan olika modeller kombineras. En anslagsfinansierad grund kan kompletteras med rörlig DRG-ersättning eller andra rörliga komponenter.

Resultatbaserad ersättning används som ett komplement och förekommer därför alltid i kombination med en eller flera andra modeller.

I tabell 1 visas hur de olika ersättningsmodellerna kan kombineras med varandra. Av tabellen framgår hur de fyra grundmodellerna (tabellens kolumner) kan kombineras dels med varandra (tabellens rader), dels med resultatbaserade ersättningar (som inte används ensamma utan alltid är modifieringar av grundmodellerna).

Olika krav på underlag

Olika ersättningsmodeller ställer olika krav på informationsförsörjning för att korrekt ersättning ska kunna beräknas och betalas ut. I tabell 2 redovisas vilken information som är nödvändig och vilka källor den kommer från.

Tabell 1. Möjliga kombinationer av olika ersättningsmodeller

	Anslag	Kapitation	Produktgrupp	Åtgärd
Kapitation	Ersättning för populationen. Anslag för särskilda uppdrag.			
Produktgrupp	Anslag som grund eller för särskilda uppdrag. Tillägg för ersättning av vissa aktiviteter, exempelvis DRG-baserad ersättning för vissa vårdtillfällen.	Kapitation som grund-ersättning, med vissa aktiviteter utbrutna och separat ersättning baserad på produktgrupp.		
Åtgärd	Anslag som grund med tillägg för exempelvis genomförda besök.	Grundersättning baserad på populationen med tillägg för exempelvis genomförda besök.	Tillägg för särskilda aktiviteter.	
Målrelaterad ersättning	Bonus eller viten baserade på uppnådda hälso-, kvalitets- eller processmått.	Bonus eller viten baserade på uppnådda hälso-, kvalitets- eller processmått.	Bonus eller viten baserade på uppnådda hälso-, kvalitets- eller processmått.	Bonus eller viten baserade på uppnådda hälso-, kvalitets- eller processmått.
Värdebaserad ersättning	Har per definition en rörlig del, och kräver därför att de aktiviteter som ingår lyfts ur anslaget.	Ersättningen baseras på populationens hälsa där vårdproducenten har helhetsansvar för denna.	Ersättning baseras på hälsoutfallet där vårdproducenten har helhetsansvar för detta.	Kräver att vissa aktiviteter grupperas och hanteras som värdepisodersättning.

Tabell 2. Informationskrav för beräkning och utbetalning av ersättning

Modell	Databehov	Källor
Anslag	Tidigare års finansiella resultat som prognosunderlag, alternativt tidigare års produktionskostnader	Vårdproducentens finansiella redovisning
Kapitation	Populationens storlek Patientkaraktäristika för justering*	Beställarens administrativa system**
Värdeepisod	Genomförd åtgärd/diagnos Komplikationer (garanti)*	Vårdgivaren Administrativa system**
DRG	Huvud- och bidiagnoser, åtgärder	Vårdgivaren
Åtgärd	Genomförda åtgärder/aktiviteter	Vårdgivaren
Resultatbaserad ersättning	Utfallsmått Patientkaraktäristika för justering*	Beroende på mått*** Administrativa system

* Ej strikt nödvändigt.

** Administrativa system kan exempelvis vara landstingens produktionsdatabaser.

*** För resultatbaserad ersättning beror informationsförsörjningen naturligtvis på vilket eller vilka mått som ligger till grund för ersättningen. Dessa data kan hämtas från administrativa system, vårdgivaren själv, kvalitetsregister eller direkt från patienterna (till exempel enkäter om patientnöjdhet eller patientrapporterade utfallsmått).

3.

Vilka modeller används i Sverige i dag?¹⁸

För att ge en aktuell beskrivning av vilka ersättningsmodeller som används i vården har företrädare för primärvård och specialistvård i landstingen intervjuats. I vissa fall har också information från relevanta styrdokument inhämtats. Datainsamlingen genomfördes från oktober till december 2013 och beskriver situationen under 2013. Om förändringar planerats till 2014 nämns det i sammanställningen.

I samtliga landsting och regioner är kapitation huvudmodellen för ersättning inom primärvården. Den kompletteras i varierande utsträckning med prestationsersättningar (ersättning per besök) och målrelaterad ersättning där det finns en stor spännvidd i hur många kvalitetsmål som ersätts. Inom specialistvården används anslagsfinansiering i samtliga landsting men graden och förekomsten av kompletteringar med rörliga ersättningar varierar kraftigt mellan landstingen.

Primärvården

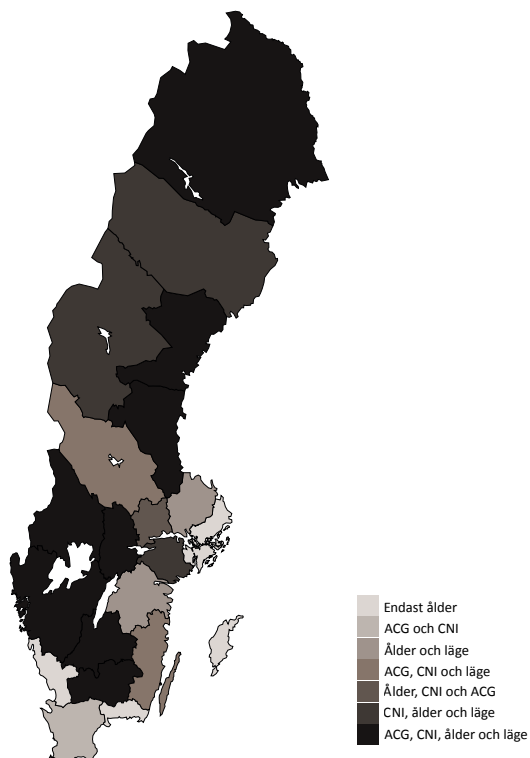
KAPITATION ÄR HUVUDMODELLEN

Som nämnts använder samtliga landsting kapitationsmodellen som grundläggande ersättningsform för primärvården. Ersättningen justeras i samtliga fall baserat på karaktäristika hos den underliggande populationen. Vilka faktorer som ligger till grund för justeringen och hur stor tyngd de olika faktorerna ges vid beräkning av den totala ersättningen varierar. Ålder är den vanligaste faktorn för justering, tillämpad i 86 procent (18 av 21) av landstingen. I 57 procent av landstingen justeras ersättningen baserat på vårdtyngd bedömd med ACG (*Adjusted Clinical Group*). I 71 procent

¹⁸ Tack till Emma Spånberg, SNS, och Anders Lundberg, IVBAR, för data till denna del, den senare inom ramen för Nationell samverkan för värdebaserad ersättning och uppföljning i hälso- och sjukvården (SVEUS).

av landstingen tar man hänsyn till socioekonomi med hjälp av CNI (*Care Need Index*). 66 procent justerar ersättningen baserat på vårdcentralens läge. Detta görs exempelvis genom särskild ersättning för kommuner i glesbygd (Uppsala) eller utifrån avstånd till sjukhus (Jämtland). Tabell 3 är en översikt över hur kapitationsersättningen justeras. I flera landsting justeras dessutom ersättningen utifrån täckningsgrad, det vill säga hur stor andel av patientens besök som görs på rätt vårdcentral och på rätt nivå i vården. Det råder delade meningar om huruvida detta är en del av kapitationsmodellen

Tabell 3. Grunder för justering av kapitationsersättning, 2013



Landsting	Andel av total ersättning (%)	ACG	CNI	Ålder	Läge
Blekinge	99	¹	¹	x	
Dalarna	90	x	x		x ²
Gotland	82			x	
Gävleborg	71	x	x	x	x
Halland	90			x	
Jämtland	100		x	x	x
Jönköping	88	x	x	x	x
Kalmar	70	x	x		x
Kronoberg	80	x	x	x	x
Norrbottnen	91	x	x	x	x
Skåne	94	x	x		
Stockholm	60		³	x	
Södermanland	57		x ⁴	x	x
Uppsala	70			x	x
Värmland	87	x	x	x	x
Västerbotten	85	⁵	x	x	x
Västernorrland	62	x	x	x ⁶	x
Västmanland	80	x	x	x	
Västra Götaland	85	x	x	x	x
Örebro	85	x	x ⁷	x	x
Östergötland	80		⁸	x	x

1. Inför ACG som bas och grund för beräkning av ålderskapitering och CNI 2014.
2. En vårdcentral får särskilt anslag för glesbygdsverksamhet.
3. CNI används inte men vårdcentraler får en särskild ersättning per listad patient född utanför EU och Nordamerika.
4. CNI och kommunens egen bedömning används parallellt. Från 2014 kommer 40 procent av justeringen att göras baserat på kommunens bedömning och 60 procent på CNI.
5. Från 2014 baseras 2 procent av ersättningen på ACG.
6. Tas bort 2014.
7. 4 av de 7 faktorer som ingår i CNI används.
8. Ersättningen justeras för socioekonomi med särskild ersättning för de områden som tillhör de 10 procenten med svagast socioekonomi, dock ej baserat på CNI.

eller en målrelaterad ersättning. Jag har valt att kategorisera täckningsgrad under målrelaterad ersättning i diskussionen nedan eftersom det inte är ett mått baserat på hur populationen ser ut, utan på hur den behandlas.

Kapitationsersättningens andel av primärvårdens totala ersättning varierar kraftigt, från nära 100 procent till omkring 50 procent i de landsting som har en stor del åtgärdsbaserad ersättning, till exempel Stockholm. De andelar som anges i tabellen är ungefärliga, eftersom andelen påverkas av de rörliga delar som används.

ÅTGÄRDSBASERAD ERSÄTTNING OCH ANSLAG ANVÄNDS SOM KOMPLEMENT I VARIERANDE GRAD

De flesta landsting kompletterar kapitationsmodellen med åtgärdsbaserad ersättning i någon grad (se tabell 4). De landsting som inte ersätter vårdcentraler per besök i grunden, betalar ändå en ersättning för otrohetsbesök, det vill säga besök av patienter som är listade vid en annan vårdcentral än den de besöker.

Tabell 4. Landstingens användning av åtgärdsbaserad ersättning, 2013

Landsting	Ersättning per besök
Blekinge	Nej
Dalarna	Ja
Gotland	Ja
Gävleborg	Ja
Halland	Nej
Jämtland	Nej
Jönköping	Nej
Kalmar	Ja (vissa besökstyper)
Kronoberg	Nej
Norrbottnen	Nej (patientavgiften tillfaller vårdcentralen)
Skåne	Nej
Stockholm	Ja
Södermanland	Ja
Uppsala	Ja
Värmland	Nej
Västerbotten	Ja
Västernorrland	Ja
Västmanland	Ja
Västra Götaland	Nej
Örebro	Ja
Östergötland	Nej

Utöver de åtgärdsbaserade ersättningarna ersätts även en mindre del av verksamheterna med anslag för särskilda uppdrag. Detta kan handla om barna- och mödravård eller särskilda åtaganden i glesbygd.

MÅLRELATERAD ERSÄTTNING ANVÄNDS MEN PÅ OLIKA SÄTT

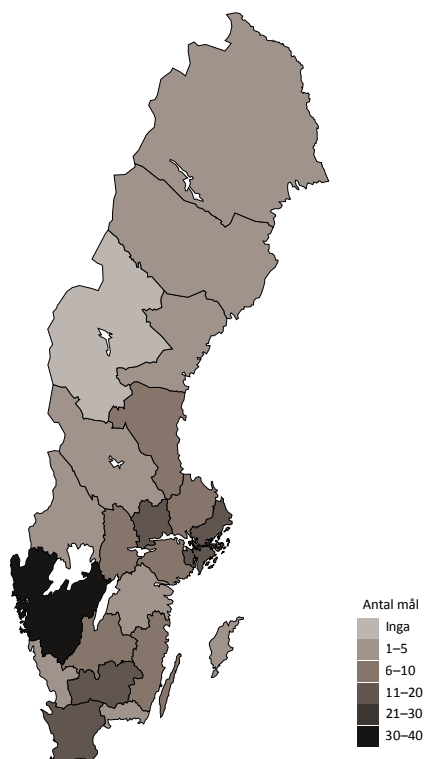
Målrelaterade ersättningar är vanligt förekommande. Alla landsting utom Jämtland har ersättning knuten till åtminstone något mål. Antalet mål varierar dock stort, från 1 till 39 olika mål följs. Västra Götalandsregionen arbetar med flest mål (39). Därefter kommer Stockholm och Kronoberg som följer 17 mål. Av den totala ersättningen utgör den målrelaterade ersättningen omkring 1 till 5 procent. Undantaget är Dalarna där 20 procent av ersättningen baseras på täckningsgrad och sedan ytterligare 5 procent på kvalitetsmål. Utöver Dalarna justerar ytterligare sju landsting ersättningen baserat på täckningsgrad.

Målrelaterad ersättning kan utformas som belöningar (bonus för uppnådda mål) och/eller viten (böter om målen inte uppnås). Landstingen har här valt att arbeta efter olika principer. Ungefär hälften arbetar bara med belöning, en tredjedel med båda och resterande enbart med viten. Det går också att utforma målrelaterad ersättning i absoluta eller relativa termer. För det förstnämnda ska man uppnå i förväg bestämda mål, för det sistnämnda jämförs man med andra vårdgivare och en andel av dem som presterar bäst belönas. Relativa ersättningar tycks dock inte användas i Sverige i dag, av denna undersökning att döma. Tabell 5 visar hur de olika landstingen arbetar med målrelaterad ersättning i primärvården.

SKL publicerade 2012 en jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar för vårdval inom primärvården.¹⁹ Trots att bara ett år förflutit har en del förändrats. I Västernorrland och Norrbotten har man börjat justera kapiteringen efter vårdtyngd utifrån ACG. I Södermanland har man börjat använda CNI-systemet för att justera ersättningen utifrån socioekonomi. Detta används parallellt med det system baserat på kommunernas klassificering man använt tidigare. I nuläget sker 50 procent av justeringen med den gamla metoden och 50 procent med CNI. År 2014 kommer andelarna att vara 40 och 60 procent, där CNI står för den större andelen. När det gäller den målrelaterade ersättningen kan man observera mindre förändringar i antalet mål som ersätts. Några landsting har ökat

¹⁹ Anell, Nylinder och Glenngård (2012).

Tabell 5. Målrelaterad ersättning i primärvården, 2013



Landsting	Antal indikatorer	Andel av total ersättning	Täckningsgrad	Bonus	Viten
Blekinge	3	<1 %	Ja	Ja	Nej
Dalarna	5	5 % ¹	Ja	Ja	Nej
Gotland	1	1 %	Ja	Ja	Nej
Gävleborg	9 ²	3 %	Ja	Ja	Nej ³
Halland	5 ⁴	6 %	Ja	Nej	Ja
Jämtland	0	-	-	-	-
Jönköping	9 ⁵	3 %	Nej	Ja	Nej
Kalmar	9 ⁶	5 % ⁷	Ja	Ja	Nej
Kronoberg	17 ⁸	2 %	Ja	Ja	Nej
Norrbottnen	1	<1 %	Ja ⁹	Nej	Ja
Skåne	14	3 %	Ja	Ja	Ja
Stockholm	17	3 %	Nej	Ja	Ja
Södermanland	6 ¹⁰	1–3 %	Ja	Ja	Ja
Uppsala	9	5 %	Nej	Nej	Ja
Värmland	5	2 %	Nej	Ja	Nej
Västerbotten	4 ¹¹	3 %	Ja	Ja	Nej
Västernorrland	2	2 % ¹²	Nej	Ja	Nej
Västmanland	15 ¹³	3 %	Nej ¹⁴	Ja	Ja
Västra Götaland	39 ¹⁵		Ja	Ja	Nej
Örebro	10	5 %	Ja	Ja	Nej
Östergötland	4		Ja	Ja	Nej

1. Utöver täckningsgrad som utgör 20 procent.
2. Utökas till 12 mål 2014.
3. För för många oplanerade återinskrivningar hos fokuspatienter från 2014.
4. 6 mål 2014.
5. 11 mål 2014.
6. 7 mål 2014.
7. 4 procent 2014.
8. Ytterligare 2 mål kan komma att införas 2014.
9. Ersätts av ersättning knuten till oplanerade återinskrivningar 2014.
10. 6 kvalitetsområden – ett område kan innehålla flera mål eller aktiviteter.
11. 3 mål 2014.
12. 1 procent 2014.
13. 13 mål 2014.
14. Införs 2014.
15. 35 mål 2014.

antalet mål något (exempelvis Stockholm från 14 till 17, Örebro från 12 till 10) medan andra har tagit bort enstaka mål (Västra Götaland från 40 till 39, Blekinge från 1 till 3).

Utöver dessa förändringar kan noteras att flera landsting inför, eller planerar att införa, förändringar i sina ersättningsmodeller under 2014. Blekinge, Södermanland och Västerbotten inför förändringar i beräkningen av kapitationsersättning. Gävleborg, Jönköping, Kalmar, Kronoberg, Norrbotten

ten, Västerbotten, Västernorrland och Västmanland gör justeringar i arbetet med målreterad ersättning, antingen förändrar man antalet mål eller ersättningens andel av den totala ersättningen.

Specialistvården

ANSLAG EN GRUNDSTOMME

31

Anslagsfinansiering har traditionellt sett utgjort fundamentet för ersättning av specialistvården i Sverige. Sex landsting ersätter fortfarande vården enbart med anslag även om medicinsk service ofta ersätts med interndebering till de kliniker som använder tjänsten. Övriga landsting använder i olika stor utsträckning andra ersättningsformer (se tabell 6), men det finns inga landsting som fullständigt övergivit anslagen som en del i ersättningen.

Tabell 6. Ersättning av specialistvården (utöver anslag) i landsting och regioner, 2013

Landsting	Prestationsersättning	Värdepisod- ersättning	Målrelaterad ersättning
Blekinge	Ja (för upphandlade avtal)	Nej	Nej
Dalarna	Nej ¹	Nej	Nej
Gotland	Ja (endast för upphandlad dialys)	Nej	Nej
Gävleborg	Ja	Nej	Ja
Halland	Ja	Ja	Nej
Jämtland	Nej ¹	Nej	Nej
Jönköping	Ja	Ja	Ja
Kalmar	Ja (upphandlade avtal)	Nej	Ja
Kronoberg	Nej	Ja	Nej
Norrbottn	Nej	Nej	Nej ²
Skåne	Ja	Nej	Ja
Stockholm	Ja	Ja	Ja
Södermanland	Nej ¹	Nej	Nej
Uppsala	Ja	Ja	Ja
Värmland	Ja (för PCI)	Nej	Nej
Västerbotten	Nej ³	Nej	Ja
Västernorrland	Nej	Nej	Nej
Västmanland	Nej ¹	Nej	Ja
Västra Götaland	Ja	Nej	Ja
Örebro	Nej ¹	Nej	Nej
Östergötland	Ja	Nej	Ja

1. Medicinsk service debiteras per åtgärd.
2. Från 2014.
3. Materialkostnad för labmedicin och röntgen debiteras per åtgärd.

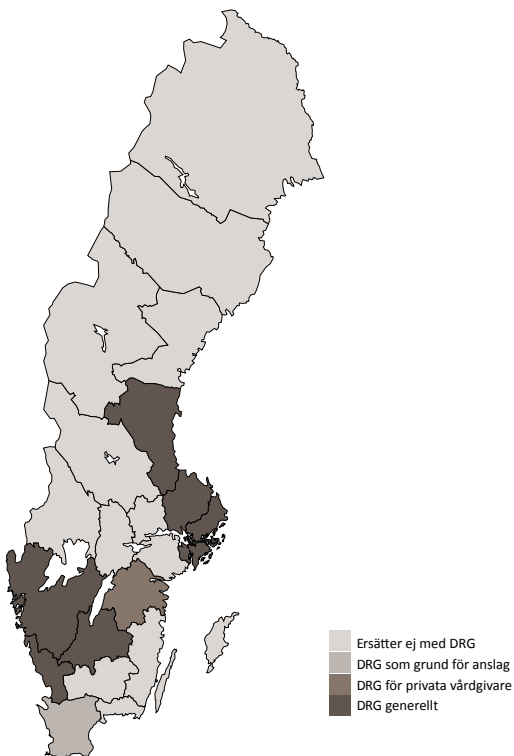
Jämfört med primärvården är målrelaterade ersättningar mindre vanliga. Tabell 6 visar vilka modeller som används utöver anslag.

DRG

Som beskrivits tidigare är DRG ett system för att gruppera vårdtillfällen med likartad resursåtgång baserat på diagnoser och genomförda åtgärder. DRG används som ett beskrivningssystem i de flesta landsting. I nio landsting används DRG också som en del av beräkningen av ersättningen (se tabell 7). Av de nio skiljer sig Östergötland och Skåne något från de övriga då Östergötland bara använder DRG för privata vårdgivare. Skåne använder DRG som grund för att beräkna storleken på sjukhusens anslag, men använder det inte som prestationsbaserad ersättning.

32

Tabell 7. Ersättning baserad på DRG, 2013



Landsting	Används DRG som grund för ersättning?	Anmärkning
Blekinge	Nej	
Dalarna	Nej	
Gotland	Nej	
Gävleborg	Ja	
Halland	Ja	
Jämtland	Nej	
Jönköping	Ja	
Kalmar	Nej	
Kronoberg	Nej	
Norrbottnen	Nej	
Skåne	Ja	Som grund för anslagsfördelning från 2014
Stockholm	Ja	
Södermanland	Nej	
Uppsala	Ja	
Värmland	Nej	
Västerbotten	Nej	
Västernorrland	Nej	
Västmanland	Nej	2014 skuggredovisas ersättning per DRG för somatisk specialistvård vid sidan om anslaget
Västra Götaland	Ja	
Örebro	Nej	
Östergötland	Ja	För privata vårdgivare

DRG används dessutom för debitering mellan landstingen för så kallade utomlänspatienter, det vill säga patienter som vårdats i ett annat landsting än det där patienten hör hemma. Uppsala utgör ett undantag, där används en särskild prislista för utomlänspatienter som vårdats vid Akademiska sjukhuset.

VÅRDEPISODERSÄTTNING

33

Intresset för alternativa ersättningsformer har ökat, framför allt som en metod för att ersätta vård som omfattas av vårdval. I detta sammanhang har vårdepisodersättning introducerats i Halland, Kronoberg, Stockholm och Uppsala. I Jönköping använder man vårdepisodersättning för sjukhusinläggningar för hjärtsvikt och KOL där ersättning enbart utgår för den initiala sjukhusvistelsen, inte för återinläggningar (den ersättning som betalas ut har justerats för det förväntade antalet återinläggningar).

Ersättning av ryggkirurgi i Stockholms läns landsting

Inom ramen för Vårdval Ryggkirurgi ersätts större delen av vården för de patienter som genomgår en operation med ett paketpris knutet till patientens hälsoutfall (hur frisk patienten blir). Paketpriset inkluderar även ett kostnadsansvar för behandling av vissa definierade "potentiellt undvikbara oönskade händelser" (PUOH), det vill säga en komplikationsgaranti. Ersättningen består av en prospektiv ersättning som täcker förväntade behandlingskostnader och kostnader för att hantera komplikationer, samt individjustering för förväntade individuella skillnader mellan patienterna (det vill säga justering för *case-mix*). Ersättningen för hälsoutfall är kopplad till det patientrapporterade utfallsmåttet Global Assessment (GA) som samlas in ett år efter operation via Svenska ryggregistret (SWESPINE). Patienten svarar på frågan: "Hur är din smärta (ben/rygg/arm) i dag jämfört med före operationen?" Patienten kan välja mellan sex olika svarsalternativ (hade inte smärta före operation, helt försvunnen, mycket förbättrad, något förbättrad, oförändrad, försämrad) och ersättningen beräknas utifrån det förväntade utfallet samt genomsnittligt utfall från föregående år, justerat för patientkaraktäristika.²⁰

²⁰ Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen (SLL) (2013).

Tabell 8. Användning av vårdepisodersättning, 2013

Landsting	Område	Vad omfattas	Komplikationsgaranti	Utfall
Halland	Dermatologi	Vårdkontakter, diagnostik och behandlingar inom en beroende på diagnos i förväg bestämd tidsperiod	Nej	Nej
	Vuxenpsykiatri	Vårdkontakter, diagnostik och behandlingar inom en beroende på diagnos i förväg bestämd tidsperiod	Nej	Nej
Jönköping	KOL	Initial inläggning + återinläggningar inom 30 dagar	Ja (återinläggningar)	Nej
	Hjärtsvikt	Initial inläggning + återinläggningar inom 30 dagar	Ja (återinläggningar)	Nej
Kronoberg	Dermatologi	Vårdkontakter, diagnostik och behandlingar inom en beroende på diagnos i förväg bestämd tidsperiod	Nej	Nej
Stockholm	Höft- och knäproteser	Operation, röntgen, eftervård och återbesök	Ja	Nej (fanns ursprungligen, men kom aldrig att användas i praktiken)
	Ryggkirurgi	Operation, röntgen, eftervård och återbesök, sjukgymnastik	Ja	Upplagd smärta ett år efter ingrepp jämfört med före operation
Uppsala	Höft- och knäproteser	Se Stockholm ovan	Ja	Nej

4.

Ersättningsmodellernas effekter

I det här kapitlet redovisas de olika ersättningsmodellernas effekter. Först sammanfattas principiella för- och nackdelar utifrån en teoretisk utgångspunkt. Därefter följer en genomgång av kunskapsläget utifrån empiriska studier. Ersättningsmodellernas effekter belyses utifrån sex olika perspektiv:

- * resursanvändning, produktivitet och kostnader
- * patienternas tillgång till vård
- * effekter på kvalitet
- * risk för manipulation
- * innovation
- * effekter på olika aktörer.

Teoretiska effekter

De olika ersättningssystemen är förknippade med såväl positiva som negativa effekter. I tabell 9 sammanfattas de olika modellernas potentiella styrkor och svagheter. Den beskrivning som presenteras här utgår från modellernas rena form. I realiteten används en rad olika metoder för att försöka parera oönskade effekter, till exempel budgettak för att åstadkomma kostnadskontroll när åtgärdsbaserade modeller används, revisioner och andra kontrollsystem för att minska risken för manipulation.

RESURSANVÄNDNING, PRODUKTION OCH KOSTNADER

Vid valet av ersättningsmodell finns i grunden ett motsatsförhållande mellan produktivitet, det vill säga hur många vårdaktiviteter som utförs, och kostnadskontroll. Ersättningssystem med låg grad av rörlig ersättning ger budgethållaren god kontroll över de förväntade kostnaderna, men i gengäld har vårdgivaren inga incitament att förbättra sin produktivitet. Med hög grad av rörlig ersättning har vårdgivaren å andra sidan incitament att

Tabell 9. Teoretiska effekter av olika ersättningsmodeller

	Anslag	Kapitation	Produktgrupp		Åtgärd	Resultat	
			Värdeepisod-ersättning	DRG		Mål	Värde
Positiva	God kostnads-kontroll	God kostnads-kontroll	Hög produktion Sammanhållna vårdkedjor Lägre kostnad per episod	Hög produktion Lägre kostnad per tillfälle	Hög produktion	Möjlighet att parera oönskade effekter från grundmodellen	Patientfokus Ekonomiska och professionella mål pekar i sam- ma riktning
Negativa	Låg produkti- vit Övervältring av patienter till andra vårdgivare Kvalitet	Låg produkti- vit Övervältring av patienter till andra vårdgivare Kvalitet	Patientselektion	Kvalitet Patientselektion Manipulation av kodning	Dålig kostnads- kontroll Leverantörsstyrd efterfrågan (supplier in- duced demand) Låg effektivitet	Patientselektion Målkonflikter Effekter utanför systemet Manipulation av kodning	Manipulation av kodning

Källor: Barnum, Kutzin och Saxenian (1995), Gosden, Forland, Kristiansen m.fl. (2001), Calltorp (2009), Jacobsson och Lindvall (2009).

genomföra så många insatser som möjligt, vilket i extremfallet också medför risk för att resurserna används ineffektivt. Detta resonemang påverkar ersättningsmodellerna på olika sätt:

- * Vid *anslagsfinansiering* har finansiären i teorin god kostnadskontroll förutsatt att budgetramarna hålls, vilket är långt ifrån säkert i praktiken. För vårdproducenten kan effektiviseringsåtgärder straffa sig eftersom de kan leda till mindre anslag kommande år. Köer kan å andra sidan vara ett argument för ökade anslag. Här finns alltså inga direkta incitament till produktivetsförbättringar. Samma resonemang är giltigt för *kaptationsersättning*.
- * Anslagsfinansieringens motpol i detta avseende är *åtgärdsbaserad ersättning* där vårdgivaren ersätts i efterhand för varje insats. Detta ger kraftfulla incitament för hög produktion. I gengäld introduceras ett potentiellt problem med sämre effektivitet då det finns incitament för att genomföra insatser som inte är strikt nödvändiga, såsom att göra fler diagnostiska tester än vad som behövs. Ett särfall av detta är vad man i den ekonomiska litteraturen kallar leverantörsstyrd efterfrågan/påverkan (*supplier induced demand*). Eftersom vårdgivaren ofta har mer information än patienten kan vårdgivaren rekommendera insatser som kanske inte är nödvändiga men som premieras

ekonomiskt, vilket kan leda till ett överutnyttjande av resurser.²¹ Det är dessutom inte patienten som betalar, vilket medför att åtgärden efterfrågas så länge nyttan är större än noll (eller den kostnad som patienten bär).

- * Vid ersättning per *produktgrupp* finns incitament för vårdproducenten att vara effektiv genom att ersättningen per vårdtillfälle är bestämd i förväg. Det gör att vårdgivaren har incitament att använda så lite resurser som möjligt vid varje tillfälle, men att vårda vid så många tillfällen som möjligt.
- * *Resultatbaserade ersättningar* har ingen direkt koppling till mängden vård som produceras, såvida inte detta är ett mål som belönas i sig.

Det teoretiska motsatsförhållandet mellan produktion och kostnad återspeglar också delvis vem som bär den finansiella risken. Vid anslagsfinansiering behöver vårdproducenten i alla fall teoretiskt hålla sig inom de givna ramarna och hantera risken för överproduktion, i relation till det förväntade behovet. Vid rörlig ersättning bärs den finansiella risken av finansören som behöver täcka upp kostnaden om mer vård produceras än vad man räknat med. Ett sätt att hantera denna risk är att använda produktionstak, där lägre ersättning betalas per enhet för produktion över ett visst tak.

Inom ramen för vårdepisodersättning med komplikationsersättning delas den finansiella risken upp. När det gäller produktionen ligger den finansiella risken hos betalaren såvida inte produktionstak används, men för komplikationer skiftas risken över till vårdproducenten, vilket ger starka incitament för denne att minimera komplikationsrisken.

LIKA TILLGÅNG TILL VÅRD

Vid *åtgärdsbaserad ersättning* finns inga incitament för vårdgivaren att välja bort patienter eftersom varje insatt åtgärd ersätts. Så länge kostnaden för att genomföra en åtgärd är lägre än den ersättning som betalas ut och så länge det finns kapacitet för att utföra åtgärden är den lönsam för vårdproducenten.²² För samtliga övriga modeller finns i teorin incitament som kan minska tillgången till vård för olika patientgrupper.

Vid *anslagsfinansiering och kapitationsersättning* finns risk för övervältning av patienter, exempelvis genom att patienter remitteras till andra ut-

²¹ Gosden, Forland, Kristiansen m.fl. (2001).

²² Ibid.

förare. De svaga incitamenten till produktion som beskrevs ovan kan också leda till långa väntetider, vilket i sig begränsar tillgång till vård och kan slå olika mellan grupper. Det kan således vid kapitation löna sig att lista så många patienter som möjligt men bara behandla de lättbehandlade patienterna och sätta de svårbehandlade på väntelista. Konsekvenserna av detta kan pareras genom att konkurrensutsätta vårdproducenterna så att de patienter som inte får tillgång till vård kan lista sig någon annanstans.

Vid *ersättning per produktgrupp* skapas ett ekonomiskt incitament att undvika mer komplicerade fall inom varje ersättningsgrupp, så kallad patientselektion, samt att överproducera vård till mindre komplicerade patienter inom den aktuella gruppen.²³ Risk för patientselektion finns även vid *resultatbaserad ersättning*, eftersom det kommer att vara enklare att uppnå målen för vissa patienter. För att undvika patientselektion har riskjustering lyfts fram som en viktig komponent vid utformning av målrelaterade ersättningsystem.²⁴

KVALITET

I teorin är en *åtgärdsbaserad ersättningsmodell* neutral ur kvalitetshänseende. Eftersom varje åtgärd ersätts i efterhand finns inget ekonomiskt incitament att undvika behandling som skulle ge högre kvalitet. Å andra sidan ger även behandlingar som orsakats av komplikationer ytterligare ersättning. I system med fast ersättning (*anslag* och *kapitation*) kan de starka incitamenten för låg aktivitet i sig medföra en risk för låg patientservice och låg kvalitet.²⁵ Ersättning per *produktgrupp* kan i teorin också leda till lägre kvalitet, eftersom vårdgivaren har incitament att hålla nere resurskonsumtionen inom varje tillfälle. Som beskrivits tidigare kompenserar man i vissa vårdepisod-ersättningsystem detta med en komplikationsgaranti som gör vårdgivaren finansiellt ansvarig för de komplikationer som uppstår, även om dessa behandlas av någon annan.

Ett viktigt syfte med *resultatbaserad ersättning* är att kompensera för de potentiella risker för låg kvalitet som finns med övriga modeller. Kompensationen kan dock leda till andra problem, till exempel undanträngningseffekter där fokus skiftas från patienter med diagnoser som inte täcks av den målrelaterade ersättningen.

23 Ellis (1998).

24 Eijkenaar (2013).

25 Jacobsson och Lindvall (2009).

Genom de incitament som finns inbyggda i modellerna introduceras också risk för manipulation.²⁶ Alla system som är beroende av information från vårdgivaren för att beräkna ersättningens storlek är potentiellt känsliga för manipulation.

Vid *åtgärdsbaserad ersättning* (i praktiken ersättning per genomfört besök) finns en risk för att för många besök faktureras eller att onödiga besök görs. Det senare knyter an till diskussionen ovan om leverantörsstyrd efterfrågan eller påverkan. Vårdgivaren kan också avsiktligt registrera besök på fel sätt för att därigenom få högre ersättning, exempelvis ett sjuksköterskebesök registreras som ett läkarbesök om detta ger högre ersättning.

Vid ersättning per *produktgrupp* är ersättningen ofta beroende på diagnoser och genomförda behandlingar. I dagens debatt har DRG-systemet kritiserats för att inbjuda till fusk. Ersättningen baseras på vilken DRG-grupp vårdtillfället klassificeras som. Som beskrivits ovan bestäms detta utifrån huvuddiagnosen för vårdtillfället och genomförda åtgärder (framför allt kirurgi). Många av DRG-grupperna delas in i okomplicerade, komplicerade och mycket komplicerade fall där de senare ger fler DRG-poäng och därför högre ersättning.

Det kan förstås vara lockande att ange så många bidiagnoser som möjligt för att vårdtillfället ska hamna i en grupp med så hög ersättning som möjligt, så kallad uppkodning. Detta är inte ett problem om de registrerade bidiagnoserna är korrekta och grupperingen är en korrekt beskrivning av verkligheten, men möjligheten att avsiktlig ange felaktiga koder finns. Att kasta om huvud- och bidiagnoser för att vårdtillfället ska klassificeras i en DRG-grupp med högre ersättning DRG har också lyfts fram som ett potentiellt problem.

Vid *målrelaterad ersättning* finns en konkret risk för uppenbar manipulation om direkta felaktigheter rapporteras för att målen ska nås. Risken för detta kan minimeras om de data som ligger till grund för mätningen hämtas från en annan källa än vårdgivaren. De uppgifter om patienterna som ska föras in i ett kvalitetsregister kan till exempel lämnas direkt av patienterna i stället för att ta omvägen via vårdgivaren.

²⁶ Sveriges Kommuner och Landsting (2012).

INNOVATION

40

Om man utgår från att syftet med innovation är att förbättra vårdens effektivitet kan man tänka sig att detta sker på två sätt: antingen genom att minska resursåtgången för att uppnå ett givet hälsoutfall, eller genom att åstadkomma bättre hälsoutfall på ett kostnadseffektivt sätt. Kostnadseffektivt innebär att den ökade resursåtgången är rimlig i förhållande till de förbättrade utfallen. Den ersättningsmodell som används påverkar i stor utsträckning vårdproducentens möjlighet till egen innovation, till exempel genom att förändra sina processer, och till att anamma innovation (som ny teknik) utifrån. Påverkan sker både genom de faktiska möjligheterna att finansiellt hantera innovationen och genom att introducera incitament som antingen stimulerar eller förhindrar innovation. I tabell 10 sammanfattas förutsättningarna för innovation i de olika modellerna.

Gemensamt för de modeller där ersättningen inte är knuten till utfall är att ett medvetet beslut behöver fattas för att finansiera en given innovation såvida denna inte leder till lägre kostnader. (Ett undantag är åtgärdsbaserad ersättning där incitament finns för innovationer som leder till bättre hälsoutfall om detta kan nås med högre aktivitet.) När ersättningen är resultatbaserad ligger redan en implicit bedömning av vad som anses kostnadseffektivt i modellen. Det gör att vårdproducenten kan ta till sig innovationer som förbättrar utfallen om kostnaderna täcks av den förväntade förbättringen i utfall. Vid målrelaterad ersättning är oftast den bonus som betalas ut förhållandevis liten, vilket i realiteten begränsar utrymmet för

Tabell 10. Förutsättningar för innovation med olika ersättningsmodeller

Typ av ersättning	Minskad resursanvändning	Bättre utfall ¹
Fast (anslag eller kapitation)	Möjligt, men kan motverkas av modellens incitament	Nej
Vårdepisod	Ja – inom episoden	Nej
DRG	Ja – inom vårdtillfället	Nej
Åtgärd	Nej	Ja – om detta kan uppnås genom högre aktivitet
Resultat	Ja	Ja – givet att kostnaden täcks av den extra ersättning som det förbättrade utfallet ger

1. Med ökad insats av resurser.

innovation. En styrka med värdebaserad ersättning, där en betydande del av ersättningen är knuten till utfall, är att möjligheten till innovation ökar.

Tidpunkten för utbetalningen av ersättningen påverkar också möjligheten till innovation. Om ersättning ges i förväg har vårdproducenten större möjlighet att anamma innovativa lösningar eftersom medlen finns tillgängliga.

Åtgärdsbaserad ersättning är den modell som är sämst anpassad för att stimulera förbättrad effektivitet genom minskad resursanvändning. Model- lens incitament där varje enskild aktivitet ersätts leder i stället till att innovationer som reducerar mängden insatta åtgärder – eller som leder till att vissa aktiviteter kan genomföras av mindre kostsamma resurser – drabbar vårdproducenten ekonomiskt.

Vid samtliga modeller där vårdproducenten ersätts med ett i förväg bestämt belopp finns möjlighet och incitament att minska resursanvändningen genom processinnovationer inom ramen för den ersatta episoden.

Anslagsfinansiering och kapitation medger att innovationer som minskar resursanvändningen införs. Effektivitet kan dock leda till minskade anslag i framtiden, vilket i vissa fall kan verka som en motkraft. I realiteten finns ofta ett sparbetning som är tänkt att leda till effektivisering knutet till anslagen, till exempel som en i förväg känd minskning av anslagen med en viss procentsats år för år.

EFFEKTER PÅ OLIKA AKTÖRER

En möjlig indelning av vårdgivare som utifrån ett teoretiskt resonemang kan påverkas på olika sätt av ersättningsmodellerna är:

- * större kontra mindre vårdgivare
- * vinstdrivande kontra icke-vinstdrivande aktörer
- * offentliga kontra privata aktörer.

En absolut miniminivå för att påverkas av ekonomiska incitament är förstås att man känner till dem. Konceptuellt är det rimligt att ju mer direkt påverkan de incitament som en ersättningsmodell skapar har på en enskild individ, desto större blir effekterna.²⁷ Följaktligen borde mindre vårdgivare vara känsligare för ekonomiska incitament än större vårdgivare. Man kan också förmoda att vinstdrivande aktörer svarar starkare på ekonomiska incitament. I de fall där effekterna av ersättningssystemen ligger väldigt nära

²⁷ Frolich m.fl. (2007).

individens egen ekonomi, till exempel hos ensampraktiserande läkare eller personal på små privata enheter, finns en diskussion kring huruvida aktörerna är vinstmaximerande eller om de har en tänkt målinkomst. I det senare fallet blir svaret på ekonomiska incitament mindre för individer som redan ligger nära sin målinkomst, under förutsättning att de ser denna som trygg. Offentliga aktörer har mjukare budgetrestriktioner än privata, eftersom man kan förvänta sig att den offentliga ägaren täcker upp om budgetunderskott uppstår. Eventuella överskott i form av ökade intäkter går också tillbaka till det offentliga. Ett rimligt antagande är därför att de svarar svagare på ekonomiska incitament än privata aktörer, oavsett om de senare drivs med vinstsyfte eller inte.

Empiriska resultat

I detta avsnitt redovisas vilket empiriskt stöd som finns för de teoretiska effekter som diskuterades ovan. Till grund för genomgången ligger främst ett antal breda, systematiska litteraturgenomgångar, kompletterat med nedslag i framför allt nyare svenska studier.

Diskussionen om effekten av övergången till en högre grad av aktivitetsbaserad ersättning (till exempel DRG) i Sverige bygger huvudsakligen på Kastbergs och Siverbos omfattande litteraturgenomgång av erfarenheterna av denna övergång från flera olika perspektiv.²⁸

Resonemangen om effekter i primärvården grundar sig på den översikt av publicerade randomiserade studier, före-efter-studier och tidsserieanalyser som Gosden och kollegor gjort. Arbetet innehåller även en relevant genomgång av de teoretiska effekterna av de olika modellerna.²⁹ På senare tid har stor uppmärksamhet riktats mot effekten av målrelaterad ersättning. Åtminstone tjugo översiktsartiklar av litteraturen som fokuserar på olika aspekter har publicerats. Några exempel återfinns i referenslistan.³⁰

Det har även nyligen publicerats en systematisk genomgång som på ett bra sätt sammanfattar en betydande del av litteraturen på området.³¹ En

28 Kastberg och Siverbo (2007).

29 Gosden, Forland, Kristiansen m.fl. (2001).

30 Se till exempel Petersen, Woodard, Urech m.fl. (2006), Rosenthal och Frank (2006), Christianson, Leatherman och Sutherland (2008), Friedberg, Safran, Coltin m.fl. (2010), Van Herck, De Smedt, Annemans m.fl. (2010).

31 Eijkenaar m.fl. (2013).

stor del av diskussionen om empiriska effekter av målrelaterad ersättning i denna rapport baseras på denna.

En komplicerande faktor, när man studerar effekterna av en given ersättningsmodell, är att förändringar i hur värden ersätts ofta är en del av en större reform som även påverkar andra faktorer. Ett exempel på detta är Socialstyrelsens utvärdering av de så kallade Q-projekten. Dessa syftade till att med bland annat målrelaterad ersättning förbättra värden av patienter med hjärtsvikt (Q-svikt) och diabetes (Q-diabetes). I utvärderingen konstateras att man i båda projekten uppnådde förbättringar i de ersatta områdena, men att denna förbättring kan ha drivits av flera andra faktorer, exempelvis att enheterna börjat fokusera på mätning, att mål satts upp i förväg, utbildningsinsatser till personalen, stöd från projektorganisationen samt regelbundna analyser och benchmarking mot övriga deltagande vårdcentraler. I detta sammanhang är det naturligtvis svårt att uttala sig om hur stor del av de observerade effekterna som drivits av de olika faktorerna.³²

RESURSANVÄNDNING, PRODUKTIVITET OCH KOSTNADER

I en litteraturgenomgång av effekten av 20 olika prospektiva ersättnings-system för produktgrupper som inkluderade både DRG-baserade eller DRG-liknande modeller och annan episodbaserad ersättning, konstaterar Hussey och kollegor att det finns en tendens till lägre kostnader per episod jämfört med åtgärdsbaserad ersättning.³³ Samma tendens noteras även i andra nyare studier, till exempel efter genomförandet av DRG-baserad ersättning i Taiwan.³⁴ Hussey och kollegor poängterar dock att flertalet av de studier som de granskat är baserade på införande hos en enstaka vårdgivare eller aktör. Det gör det svårt att dra generella slutsatser om effekterna av de episodbaserade ersättningar som syftar till att knyta samman flera vårdgivare.

Ett sådant system är ersättningsmodellen för vårdval höft-och knäprotesoperationer i Stockholm som ersätts med värdepisodersättning. Efter införandet 2009 har man trots ökad volym (fler operationer) kunnat observera oförändrade kostnader för beställaren. Volymökningen skedde utan tecken på indikationsglidning, det var patienter med samma karaktäristika som tidigare som opererades. Detta kan tolkas som att volymökningen berodde

32 Socialstyrelsen (2011a).

33 Hussey, Mulcahy, Schnyer m.fl. (2012).

34 Cheng, Chen och Tsai (2012).

på att den existerande vårdkönen arbetades bort. En minskning av resursåtgång mätt i vårddygn och besök per ingrepp observerades också. Införandet av vårdvalet och införandet av ersättningssystemet gjordes dock samtidigt. Därför är det svårt att separera effekterna i utvärderingen av reformen.³⁵

Studierna ovan analyserar situationer där man gått från en högre grad av rörlig ersättning till en ersättning med en större fast komponent, till exempel från åtgärdsbaserad ersättning till DRG. Studierna stödjer hypotesen att en lägre grad av rörlig ersättning ger lägre resursåtgång per vårdtillfälle. Det finns också stöd i litteraturen för att hävda att en rörelse i motsatt riktning i gengäld ger högre produktivitet. Analyser av svenska förhållanden under perioden 1989–1995 indikerar att sjukhus som finansierades med aktivitetsbaserad ersättning ökade sin produktivitet i högre utsträckning än en kontrollgrupp bestående av sjukhus som finansierades genom anslag. Liknande fynd observerades för perioden 1993–1994.³⁶ En konsekvens av den ökade produktiviteten har dock varit ökade kostnader. Av denna anledning har det blivit vanligt med olika former av produktionstak, vilket kan ha lett till att produktivitetsökningen inte blivit varaktig.³⁷

Hittills har detta avsnitt fokuserat på studier av specialistvård, framför allt sjukhusvård. Sambanden tycks dock även gälla för primärvården, där det finns studier som visar att åtgärdsbaserad ersättning leder till fler besök än vad som är fallet under kapitation och fasta anslag. En översikt av genomförda studier visar dock att mer forskning krävs för att fullt fastställa detta samband³⁸. En analys av förändring i ersättningsmodell och nivåer för primärvården i Nederländerna visar på viss skillnad i mängden hembesök och telefonkontakter, men att den tid som lagts ned på kontakter inte påverkats i stort.³⁹

LIKA TILLGÅNG TILL VÅRD – PATIENTSELEKTION

Som beskrivits ovan kan de flesta ersättningsmodeller göra vårdgivarna benägna att selektera patienter. Vissa patienter genererar högre intäkter eller belastar budgeten mindre än andra och blir därför mer attraktiva för vårdgivaren.

Som jag beskrivit i kapitel 2 är det vid kapitationsersättning vanligt att

³⁵ Wohlin m.fl. (2012).

³⁶ Gerdtham, Rehnberg och Tambour (1997), Gerdtham m.fl. (1999).

³⁷ Kastberg och Siverbo (2007).

³⁸ Gosden, Forland, Kristiansen m.fl. (2001).

³⁹ van Dijk, Verheij, Te Brake m.fl. (2014).

ersättningen justeras för förväntad vårdtyngd hos patienterna utifrån sjuklighet och sociodemografi. En nyligen genomförd analys av produktivitet och patientnöjdhet i Skåne och Västra Götaland visar att denna justering inte tycks leda till ett högre antal besök för sjukare patienter, vilket är i linje med de teoretiska antagandena om risk för patientselektion. Även om en tolkning av detta resultat kan vara att justeringen inte påverkar tillgången till vård positivt, finns andra potentiella förklaringar. Det kan till exempel vara så att mer tid läggs på varje besök eller att vårdgivarna lägger större tid på koordinering med andra vårdaktörer.⁴⁰

Ett antal intervjustudier genomfördes under 1990-talet där man bland annat studerade risk för patientselektion inom ramen för DRG-systemet. Gemensamt för dessa var att man bland respondenterna inte ansåg att patientselektion förekom, men att man oroade sig för att så skulle kunna bli fallet.⁴¹ En mer robust kvantitativ analys av huruvida patientkaraktäristika förändrats för vårdade patienter pekar dock på att denna verkar oförändrad och att patientselektion därför inte verkar äga rum.⁴² Data från Norge har visat att viss patientselektion kan ha förekommit initialt efter systemets införande men att den sedan minskat.⁴³ I USA finns tecken på att patientselektion förekommer.⁴⁴

Det finns även exempel i litteraturen på att målrelaterad ersättning kan leda till patientselektion. Ett sätt att exempelvis möta behandlingsmål för blodsockernivåer hos diabetiker kan vara att bara lista mer lättbehandlade patienter. Detta tycks ha blivit konsekvensen när man införde målrelaterad ersättning för diabetesvården i Taiwan.⁴⁵ På liknande sätt ledde introduktionen av en modell för behandling av missbruk i Maine, USA, till att en lägre andel patienter med svåra problem behandlades inom ramen för denna ersättningsmodell.⁴⁶

Sammantaget tycks det finnas belägg för att patientselektion kan vara ett generellt problem, även om det i Sverige inte verkar vara särskilt vanligt.

40 Glenngard (2013).

41 Högberg (1994), Svensson och Garelius (1994).

42 Charpentier och Samuelsson (1996).

43 Martinussen och Hagen (2009).

44 Friesner och Rosenman (2009).

45 Chen m.fl. (2011).

46 Shen (2003).

I genomgången av de produktgruppsbaserade ersättningsmodeller som refererats till ovan såg Hussey och kollegor inga tydliga effekter vad gällde förändringar i vårdens kvalitet. Man påpekar dock, som nämnts, att de studier som inkluderats i genomgången ofta utvärderar modeller som ersätter ett vårdtillfälle hos en specifik vårdgivare, och endast i undantagsfall de bredare vårdepisodersättningar som får mycket uppmärksamhet i dag.⁴⁷

I Sverige har flera studier genomförts för att ta reda på hur vårdens kvalitet påverkats av DRG-systemet. Enkätstudier genomförda på små patientmaterial har visat på visst missnöje med personalens bemötande efter DRG-systemets införande, men ingen påverkan på hälsorelaterad livskvalitet.⁴⁸ I intervjustudier med respondenter från olika personalgrupper har dessa uttryckt oro för att vårdens kvalitet försämrats. Bland annat har läkare uttryckt oro för att systemet lett till kortare vårdtider än vad som är medicinskt motiverat.⁴⁹ Då antalet återinläggningar studerats tycks det dock som att dessa inte ökat.⁵⁰ Italienska data har visat på en tendens till bättre vårdkvalitet hos sjukhus som ersätts med DRG jämfört med andra sjukhus.⁵¹ Sammantaget tycks data visa att ingen av grundmodellerna är förknippad med vare sig markant bättre eller sämre kvalitet.

En separat fråga är om det går att påverka kvaliteten genom mer direkta ekonomiska styrmedel. Det finns två sätt att göra detta: antingen med målrelaterad ersättning eller med ersättningsmodeller där vårdgivaren görs ansvarig för komplikationer. En stor mängd olika målrelaterade ersättningsmodeller har använts för att premiera olika beteenden, vilket gör det svårt att dra generella slutsatser om effekterna. De översikter som gjorts av målrelaterad ersättning betonar också att kvaliteten på genomförda studier inte är särskilt hög. I de randomiserade studier som genomförts har effekten varit positiv, men blygsam. Observationsstudier indikerar viss förbättring. De studier som genomförts ger inget tydligt besked om negativa kvalitetsaspekter för de delar av vården som inte omfattas av den målrelaterade ersättningen, så kallade undanträngningseffekter.⁵²

47 Hussey m.fl. (2012).

48 Ljunggren och Sjoden (2001, 2003).

49 Charpentier och Samuelsson (1996), Forsberg, Axelsson och Arnetz (2001a, 2001b, 2002).

50 Forsberg, Axelsson och Arnetz (2000).

51 Cavalieri, Gitto och Guccio (2013).

52 Eijkenaar m.fl. (2013).

Den andra metoden att skapa incitament för kvalitetsförbättringar (komplikationsgaranti) har inte studerats i någon större utsträckning. I Stockholmsmodellen för höft- och knäproteskirurgi finns en komplikationsgaranti som ska hålla vårdgivarna finansiellt ansvariga för kvalitetsbrister. Efter införandet av reformen har en minskning av förekomsten av komplikationer (omoperationer) observerats, vilket möjligen kan förklaras av detta incitament.⁵³

RISK FÖR MANIPULATION?

Det finns internationella data som tyder på att uppkodning, det vill säga att fler diagnoser och åtgärder anges vilket kan ge högre ersättning, har skett över tid.⁵⁴ Det kan naturligtvis vara svårt att inom ramen för en vetenskaplig studie avgöra om detta beror på avsiktliga, potentiellt olagliga, felaktigheter eller om det är en effekt av bättre kodningspraxis. Från Belgien har man dock rapporterat förändringar i kodning över tid som inte kan förklaras med förbättrade kodningsrutiner.⁵⁵

När det gäller Sverige har Serden och kollegor studerat hur registreringen av sekundärdiagnoser förändrats över tid under perioden 1988–2000. De har observerat en ökning av antalet sekundärdiagnoser – men denna ökning återfanns både vid sjukhus som ersattes med DRG och vid sjukhus där DRG inte låg till grund för ersättningen. Det tyder på att det är själva uppföljningen och inte de ekonomiska incitamenten som lett till kodningsförändringen.⁵⁶ En studie baserad på intervjuer 1993 pekar i samma riktning.⁵⁷ En annan intervjustudie genomförd i Stockholm visade att kodningsförändringar på grund av förbättrade rutiner var vanliga, men att det också förekommit fall då man kastat om primär- och sekundärdiagnoser för att generera högre ersättningar.⁵⁸ Vid sidan om analyser av DRG-systemet finns exempel från mödravården där man kodat besök som upplevts som särskilt resurskrävande som mer än ett besök för att kompensera för detta.⁵⁹

Manipulation av ersättningsystemen kan alltså vara ett problem om man inte har tillräckliga kontrollsystem för att hantera denna risk. Det tycks som om problemen är större internationellt än vad de hittills varit i Sverige.⁶⁰

53 Wohlin m.fl. (2012).

54 Steinwald och Dummit (1989), Carter, Newhouse och Relles (1990).

55 Aelvoet, Terryn, Windey m.fl. (2009).

56 Serden, Lindqvist och Rosen (2003).

57 Svensson och Garelius (1994).

58 Charpentier och Samuelsson (2000).

59 Brorstrom, Hallin och Kastberg (2004).

60 Kastberg och Siverbo (2007).

Om man bortser från läkemedel (som inte behandlas i denna rapport) har ersättningsmodellernas betydelse för innovation inte diskuterats i någon större utsträckning i den vetenskapliga litteraturen. Det är väl etablerat att finansiering är en viktig förutsättning för att innovationer ska anammas.⁶¹ Hur finansieringen bäst ska ske tycks däremot inte ha studerats.

48

Det finns en diskussion om DRG-ersättning och hur denna, med sitt fokus på produktivitet, kan försvåra spridning av ny teknik. Beräkningen av de poäng (vikter) som ligger till grund för DRG-ersättning utgår från historisk resursförbrukning. Det leder till att kostnaden för nya innovationer inte finns med i beräkningarna. Av denna anledning har man i många länder särskilda finansieringsmekanismer för att ny teknik ska kunna användas innan vikterna räknats om.⁶² Att spridning av innovationer är ett komplext område kan illustreras med en analys av italienska förhållanden. Den visade att användningen av stentar vid ballongpumpsvidgning spreds snabbare bland sjukhus finansierade med DRG än bland anslagsfinansierade sjukhus.⁶³ Regioner med hög grad av DRG-finansiering tycks dock investera mindre i teknisk utrustning generellt.⁶⁴

Huruvida målrelaterad ersättning har någon effekt på innovation har inte diskuterats i någon av de översikter som nyligen publicerats. Detta är i sig inte märkligt eftersom syftet med denna typ av ersättning är att styra mot specifika mål, ofta genom att premiera att man följer etablerad praxis, såsom existerande behandlingsriktlinjer.

OLIKA EFFEKTER PÅ OLIKA AKTÖRER?

Litteraturen om hur olika betalningsmodeller påverkar olika typer av vårdgivare är tämligen begränsad och den diskussion som finns är främst fokuserad på målrelaterad ersättning. Det finns tecken på att mindre vårdgivare svarar starkare på ekonomiska incitament. Om man jämför mindre specialistcentrum med större sjukhus inom ramen för Stockholms höft-knävärdval sågs större förändringar hos de mindre vårdgivarna.⁶⁵ Vid utvärdering av effekter av målrelaterade ersättningar har man sett tendenser till att dessa

⁶¹ Greenhalgh, Robert, Macfarlane m.fl. (2004).

⁶² Scheller-Kreinsen, Quentin och Busse (2011).

⁶³ Cappellaro, Ghislandi och Anessi-Pessina (2011).

⁶⁴ Finocchiaro Castro m.fl. (2013).

⁶⁵ Wohlin m.fl. (2014).

system haft större effekt i primärvården jämfört med sjukhusvården,⁶⁶ vilket också kan hänga samman med att enheterna i primärvården normalt sett är mindre. Det tycks dock vara möjligt att genom organisationsförändringar tydliggöra de incitamentsstrukturer som finns även i större verksamheter och därmed driva på förändring. I Norge har man sett att de sjukhus som tillämpat allokering av DRG-baserade budgetar på avdelningsnivå har haft större produktivetsförbättringar jämfört med de sjukhus där DRG-allokeringen endast skett på sjukhusnivå.⁶⁷

I Hussey och kollegors översikt noterade man en tendens till något större minskningar av kostnader hos vinstsyftande aktörer jämfört med icke-vinstsyftande vårdgivare när man jämför olika typer av produktgruppsersättningar med åtgärdsfinansiering.⁶⁸ Det är dock viktigt att ha i åtanke att en stor del av de studier som ligger till grund för slutsatsen kommer ur en amerikansk kontext, och man kan diskutera om detta går att överföra till andra sjukvårdssystem. Det är inte fullt empiriskt utrett vilka effekterna blir när ersättningssystemen ligger nära individens egen ekonomi.⁶⁹

Det finns stöd för att offentliga aktörer svarar svagare på finansiella incitament jämfört med privata aktörer, oavsett om de senare drivs med vinstsyfte eller inte. I en analys av en reform i Kalifornien under 1990-talet, vars syfte var att ge bättre tillgång till vård för utsatta grupper, har Duggan visat att de privata aktörerna svarade likartat på de finansiella incitament som skapades. Specifikt skedde detta genom patientselektion där man vårdade fler, lindrigare patienter som ändå bidrog till att ge högre ersättning. De offentliga aktörerna tycks inte ha svarat alls på incitamenten, troligen eftersom deras grundanslag minskades i samma takt som reformen gav högre intäkter.⁷⁰

Nyligen genomförda svenska analyser av skillnader i vårdproduktion mellan privata och offentliga aktörer tyder på att det inte föreligger några större skillnader i mängden producerad vård mellan dessa aktörer.⁷¹

66 Van Herck, De Smedt, Annemans m.fl. (2010).

67 Bjorvatn (2012).

68 Hussey m.fl. (2012).

69 Frolich m.fl. (2007).

70 Duggan (2000).

71 Rehnberg, Janlöv, Khan m.fl. (2010), Glenngard (2013).

5. Slutsatser och rekommendationer

Inga neutrala ersättningsmodeller

Det går inte att komma ifrån att den ersättningsmodell som används påverkar hur sjukvården organiseras och levereras. Detta gäller oavsett vilken ersättningsmodell som används och oavsett om de faktiska ekonomiska incitamenten synliggörs i hela organisationen. Att inte synliggöra de ekonomiska incitamenten skapar effekter i sig. Vi behöver alltid välja en ersättningsmodell och vid detta val behöver man kunna bedöma hur modellens inneboende incitament kan tänkas påverka olika aktörer.

Ersättning - en legitimitetsfråga

Hur vården ersätts är en av flera faktorer som påverkar hur vårdens aktörer agerar. Att de empiriska effekterna av ekonomiska incitament i vården tycks ganska små tyder på att vården i stor utsträckning styrs av andra faktorer (eller att effekterna är svåra att mäta i fält) och att vårdpersonalens motivation stämmer dåligt överens med den ekonomiska standardmodellen. Hänsyn behöver tas till hur ersättningsmodellen samverkar med eller motverkar andra drivkrafter. En del av dagens debatt tycks ha sitt ursprung i en upplevd konflikt mellan vad som premieras och vad man anser vara viktigt att göra. Upplevs de mål som sätts upp som kliniskt relevanta? Ett större fokus på utfall kan vara ett sätt att likrikta de professionella incitamenten med den ekonomiska verkligheten. Värdebaserad ersättning är en metod för detta, men det kan också ske genom målrelaterad ersättning inom ramen för existerande system.

Innovation är en central fråga

Värden står inför ett antal konkreta utmaningar som:

- * ökad efterfrågan på vård, driven av demografiska faktorer och stigande förväntningar
- * svag integration mellan olika aktörer i omhändertagandet av patienter
- * minskade skatteintäkter i delar av landet
- * brist på nyckelpersonal.

51

Det är viktigt att de ersättningsmodeller som används inte står i vägen för nya lösningar.

Innovation kommer att vara centralt. Här utgör vårdepisodersättning ett intressant alternativ för de områden där en sådan kan definieras, eftersom det ger vårdproducenten möjlighet att förändra sina processer utan att drabbas ekonomiskt på kort sikt. Korrekt konstruerad ger den också bättre förutsättningar för ökad integration i vårdkedjan. Om den konstrueras efter värdebaserade principer, ersättningen knyts till utfall och den finansiella risken för komplikationer kopplas till utföraren ger vårdepisodersättningen också starka incitament till innovation, särskilt hos privata aktörer. En annan attraktiv egenskap vid värdebaserad ersättning är att denna, genom sin nära sammankoppling med uppföljning av relevanta utfall, även kan vara verksamt som incitament hos offentliga vårdgivare där man kan förvänta sig att de strikt ekonomiska incitamenten har en svagare påverkan. Stockholms läns landsting har gått i bräschen för utvecklingen inom detta område genom att tidigt använda vårdepisodersättning inom ramen för två av sina vårdval, vilka kan tjäna som inspiration till hur man konstruerar system som medger nya lösningar.

Kapitationsmodellen har flera attraktiva egenskaper i teorin: den ger vårdgivaren helhetsansvar för patienten, vilket gör att man kan organisera sig kring dennes behov. Autonomi underlättar innovativa lösningar, till exempel på e-hälsoområdet – givet att initiala investeringskostnader kan täckas. I realiteten har man ofta valt att kompensera för kapitationsmodellens mindre attraktiva sidor, såsom låga incitament till aktivitet och därmed bristande tillgänglighet för patienterna, genom att komplettera med åtgärdsbaserade komponenter som ersättning per besök. Detta har gett ökad produktivitet, men också fått till följd att det blivit svårare att ta till sig effektiva lösningar som inte omfattar besök. Här kan en framkomlig väg vara att ersätta enklare aktiviteter enligt åtgärdsmodellen för att beva-

ra tillgängligheten, men att samtidigt gå mot värdebaserade principer där man görs ansvarig för den generella hälsan i populationen. Ett sätt att göra detta vore att i högre utsträckning än i dag länka samman ersättningen för primär- och specialistvård, där minskade kostnader i den senare till följd av effektivt preventions- och samordningsarbete förs över till framgångsrika primärvårdsenheter.

52

One size doesn't fit all

Vården i Sverige organiseras på olika sätt med flera typer av aktörer, vilket avgörs av både politiska och demografiska förutsättningar. Olika typer av vård ställer olika krav och möjliggör olika typer av uppföljning och ersättning. Det finns inget ersättningssystem som är optimalt för alla situationer, utan vi behöver skapa en miljö med flera samverkande modeller.

Det verkar rimligt att använda mer komplexa ersättningsmodeller som värdebaserad ersättning för de sjukdomstillstånd där volymerna och kostnaderna är stora, eftersom de potentiella vinsterna med mer sofistikerad styrning där är större. Vid små patientvolymen blir nyttan av ett komplicerat system mindre. Ur ett utvecklingsperspektiv blir det också svårare att skapa rättvisa metoder för justering om volymerna är små.

Om vi tänker oss ett spektrum av mer eller mindre komplicerade patienter, är de mer avancerade målrelaterade ersättningarna mest lämpade för patienter i mitten av denna skala. I de enklaste fallen är utväxlingen på komplex uppföljning låg – det är inte mödan värt. För de mer komplexa fallen där symtombilden kan vara otydlig eller det är svårt att definiera vad som är de mest relevanta patientutfallen, till exempel på grund av hög grad av samsjuklighet, är det svårt att knyta ersättning till relevanta mål. För dessa extremer passar sannolikt mer traditionella ersättningsformer som anslag eller kapitation bäst.

Framgångsfaktorer

I litteraturen om målrelaterad ersättning har ett antal allmängiltiga framgångsfaktorer för införandet av nya ersättningsmodeller identifierats. Dessa omfattar

- * att inkludera vårdens aktörer i utvecklandet av ersättningsmodellen; detta har visat sig vara en viktig faktor för framgångsrik implementering av nya modeller

- * att i de fall syftet med systemet är att skapa incitament för visst beteende, tydliggöra detta och få det att verka så långt ned i organisationen som möjligt
- * att använda riskjustering för att garantera patienter lika tillgång till vård.

Mycket av den aktuella debatten har kretsat kring DRG:s roll i ersättningen där det tycks finnas ett betydande missnöje med den inrapportering som krävs. Detta kan tyckas en aning paradoxalt, då DRG bara används för ersättning i knappt hälften av Sveriges landsting och regioner. DRG används dock som beskrivningssystem nationellt och den registrering som ligger till grund för DRG-klassificeringen är generellt sett densamma som används för exempelvis Socialstyrelsens slutenvårdsregister, en erkänt viktig resurs för forskning och uppföljning. Behoven av inrapportering skulle alltså finnas kvar, även om man inte använder DRG för ersättning. En orsak till frustrationen (och detta gäller även rapportering för andra ersättningssystem) kan vara att sjukvårdspersonalen inte märker detta samband, utan ser rapportering som en onödig administrativ börda utan kliniskt värde. Här finns nyckeln till något potentiellt viktigt för mer komplexa ersättningsmodeller:

- * Använd befintligt underlag för beräkning av ersättningar för att återkoppla direkt till verksamheten. Gå bortom strikt ekonomiska parametrar vid återrapporteringen.

Behov av utvärdering

I de litteraturgenomgångar som publicerats finns ett genomgående tema: behovet av välgjorda utvärderingar av effekterna av olika ersättningssystem är stort.⁷² De studier som genomförts är i bästa fall baserade på före-efter-analyser i ett specifikt system. Det är mycket ovanligt med randomiserade studier eller studier med väldefinierade kontrollgrupper.

I Sverige har vi unika förutsättningar för att studera effekterna av reformer av denna typ. Många landsting har god överblick över vårdproduktionen genom centrala datalager och system. Vi har också genom både nationella register och kvalitetsregister goda möjligheter att följa utvecklingen i relevanta kontrollgrupper.

⁷² Calltorp (2009), Scott, Sivey, Ait Ouakrim m.fl. (2011), Hussey m.fl. (2012), Eijkenaar m.fl. (2013).

Som den här rapportens genomgång visar finns betydande variation i hur värden ersätts i landsting och regioner. För primärvården används kapitation i kombination med olika grad av åtgärdsbaserad ersättning. Kapitationen justeras i sin tur på olika sätt baserat på ålder, läge, förväntad vårdtyngd och socioekonomi. Skillnader finns inte bara i vilka faktorer som används. Det finns också avsevärda skillnader i hur stor vikt som läggs vid de olika faktorerna. Vi vet väldigt lite om vilken påverkan detta har på vilken vård som ges, men den stora variation som finns ger sannolikt goda möjligheter att studera olika aspekter av detta.

Målrelaterade ersättningar har blivit vanligt förekommande, men vi vet litet om hur vårdproducenterna agerar på dessa. Hur stor behöver ersättningen vara? Agerar olika aktörer lika på incitamenten?

Slutligen: våga experimentera! En experimentell design för att utvärdera effekter av förändringar i ersättningsmodeller skulle ge stora möjligheter att isolera de orsak-verkan-samband som annars är svåra att fånga upp.

Referenser

- Aelvoet, W. H., Terryn, N., Windey, F., Redivo, M., van Sprundel, M., Faes, C. och Cell, A. (2009). "Miscoding: a threat to the hospital care system. How to detect it?" *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 57(3): 169-177.
- Anell, A. (2010). Vården i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso och sjukvården. *Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2010:7*. Stockholm, Finansdepartementet.
- Anell, A. (2013). Vårdval i specialistvården. Utveckling i specialistvården. Stockholm, Sveriges Kommuner och Landsting.
- Anell, A., Glengård, A. H. och Merkur, S. (2012). "Sweden: Health system review." *Health Systems in Transition* 14(5): 1-159.
- Anell, A., Nylinder, P. och Glengård, A. H. (2012). Vårdval i primärvården. Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar. Stockholm, Sveriges Kommuner och Landsting.
- Barnum, H., Kutzin, J. och Saxenian, H. (1995). "Incentives and provider payment methods." *The International Journal of Health Planning and Management* 10(1): 23-45.
- Bjorvatn, A. (2012). "Making incentives work: hospital organisation and performance." *Scandinavian Journal of Public Health* 40(5): 449-456.
- Brorstrom, B., Hallin, B. och Kastberg, G. (2004). "The significance of control models: intentional and unintentional effects." *Qualitative Health Research* 14(7): 889-904.
- Calltorp, J. (2009). Ersättningsystem inom hälso- och sjukvård. Stockholm, Sveriges Kommuner och Landsting.
- Cappellaro, G., Ghislandi, S. och Anessi-Pessina, E. (2011). "Diffusion of medical technology: the role of financing." *Health Policy* 100(1): 51-59.
- Carlsson, L., Strender, L. E., Fridh, G. och Nilsson, G. (2004). "Types of morbidity and categories of patients in a Swedish county. Applying the Johns Hopkins Adjusted Clinical Groups System to encounter data in primary health care." *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 22(3): 174-179.
- Carter, G. M., Newhouse, J. P. och Relles, D. A. (1990). "How much change in the case mix index is DRG creep?" *Journal of Health Economics* 9(4): 411-428.
- Cavalieri, M., Gitto, L. och Guccio, C. (2013). "Reimbursement systems and quality of hospital care: An empirical analysis for Italy." *Health Policy* 111(3): 273-289.
- Charpentier, C. och Samuelsson, L. A. (1996). "Effects of new control systems in Swedish health care organizations." *Financial Accountability & Management* 12(2): 157-171.
- Charpentier, C. och Samuelsson, L. A. (2000). Effekter av en sjukvårdsreform. En analys av Stockholmsmodellen. Stockholm, Handelshögskolan i Stockholm: EFI, Ekonomiska forskningsinstitutet.
- Chen, T. T., Chung, K. P., Lin, I. C. och Lai, M. S. (2011). "The unintended consequence of diabetes mellitus pay-for-performance (P4P) program in Taiwan: are patients with more comorbidities or more severe conditions likely to be excluded from the P4P program?" *Health Service Research* 46(1 Pt 1): 47-60.

- Cheng, S. H., Chen, C. C. och Tsai, S. L. (2012). "The impacts of DRG-based payments on health care provider behaviors under a universal coverage system: a population-based study." *Health Policy* 107(2-3): 202-208.
- Christianson, J. B., Leatherman, S. och Sutherland, K. (2008). "Lessons from evaluations of purchaser pay-for-performance programs: a review of the evidence." *Medical Care Research and Review* 65(6 Suppl): 5S-35S.
- van Dijk, C. E., Verheij, R. A., Te Brake, H., Spreuwenberg, P., Groenewegen, P. P. och de Bakker, D. H. (2014). "Changes in the remuneration system for general practitioners: effects on contact type and consultation length." *European Journal of Health Economics* 15(1): 83-91.
- Duggan, M. (2000). "Hospital ownership and public medical spending." *Quarterly Journal of Economics* 115(4): 1343-1373.
- Eijkenaar, F. (2012). "Pay for performance in health care: an international overview of initiatives." *Medical Care Research and Review* 69(3): 251-276.
- Eijkenaar, F. (2013). "Key issues in the design of pay for performance programs." *European Journal of Health Economics* 14(1): 117-131.
- Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M. och Schoffski, O. (2013). "Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews." *Health Policy* 110(2-3): 115-130.
- Ellis, R. P. (1998). "Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins." *Journal of Health Economics* 17(5): 537-555.
- Finocchiaro Castro, M., Guccio, C., Pignataro, G. och Rizzo, I. (2013). "The effects of reimbursement mechanisms on medical technology diffusion in the hospital sector in the Italian NHS." *Health Policy*.
- Forsberg, E., Axelsson, R. och Arnetz, B. (2000). "Effects of performance-based reimbursement in healthcare." *Scandinavian Journal of Public Health* 28(2): 102-110.
- Forsberg, E., Axelsson, R. och Arnetz, B. (2001a). "Effects of performance-based reimbursement on the professional autonomy and power of physicians and the quality of care." *International Journal of Health Planning and Management* 16(4): 297-310.
- Forsberg, E., Axelsson, R. och Arnetz, B. (2001b). "Financial incentives in health care. The impact of performance-based reimbursement." *Health Policy* 58(3): 243-262.
- Forsberg, E., Axelsson, R. och Arnetz, B. (2002). "Performance-based reimbursement in health care. Consequences for physicians' cost awareness and work environment." *European Journal of Public Health* 12(1): 44-50.
- Friedberg, M. W., Safran, D. G., Coltin, K., Dresser, M. och Schneider, E. C. (2010). "Paying for performance in primary care: potential impact on practices and disparities." *Health Affairs (Millwood)* 29(5): 926-932.
- Friesner, D. L. och Rosenman, R. (2009). "Do hospitals practice cream skimming?" *Health Services Management Research* 22(1): 39-49.
- Frolich, A., Talavera, J. A., Broadhead, P. och Dudley, R. A. (2007). "A behavioral model of clinician responses to incentives to improve quality." *Health Policy* 80(1): 179-193.
- Gerdtham, U. G., Lothgren, M., Tambour, M. och Rehnberg, C. (1999). "Internal markets and health care efficiency: a multiple-output stochastic frontier analysis." *Health Economics* 8(2): 151-164.

- Gerdtham, U. G., Rehnberg, C. och Tambour, M. (1997). The impact of internal markets on health care efficiency: Evidence from health care reforms in Sweden. *Working Paper Series in Economics and Finance*. Stockholm, Centre for Health Economics, Stockholm School of Economics.
- Glenngard, A. H. (2013). "Productivity and patient satisfaction in primary care--conflicting or compatible goals?" *Health Policy* 111(2): 157-165.
- Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I. S., Sutton, M., Leese, B., Giuffrida, A., Sergison, M. och Pedersen, L. (2001). "Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review." *Journal of Health Services Research & Policy* 6(1): 44-55.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. och Kyriakidou, O. (2004). "Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations." *Milbank Quarterly* 82(4): 581-629.
- Hussey, P. S., Mulcahy, A. W., Schnyer, C. och Schneider, E. C. (2012). Bundled Payment: Effects on Health Care Spending and Quality. Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science. Evidence Report/Technology Assessment No. 208. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality.
- Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (SLL) (2011). Regelbok för höft- och knäprototesoperationer, Stockholms Länds Landsting.
- Hälso- och sjukvårdssförvaltningen (SLL) (2013). Förfrågningsunderlag enligt LOV Vårdval Ryggkirurgi, Stockholms Länds Landsting.
- Hälso- och sjukvårdsstyrelsen (Uppsala) (2013). Regelbok för höft- och knäprototesoperationer, Landstinget i Uppsala Län.
- Högberg, M. (1994). Hur påverkar fast betalning per prestation och konkurrens det ekonomiska beteendet på sjukhusen? En redovisning av enkätsvar från sjukhusdirektörer och klinikekonomer i Stockholms läns landsting. Institutet för Kommunal Ekonomi rapport 47., Stockholms universitet.
- Jacobsson, F. (2008). Mål och mått. En dokumentation och utvärdering av en resultatbaserad ersättning inom primärvården. [Targets and indicators. An evaluation of pay-for-performance in primary care]. *CMT Rapport*. 6. Linköping, Sweden, CMT.
- Jacobsson, F. och Lindvall, S. (2009). Utveckling av ersättningssystem inom hälso-och sjukvård. Stockholm, Sveriges Kommuner och Landsting.
- Kastberg, G. och Siverbo, S. (2007). "Activity-based financing of health care - experiences from Sweden." *International Journal of Health Planning and Management* 22(1): 25-44.
- Ljunggren, B. och Sjoden, P. O. (2001). "Patient reported quality of care before vs. after the implementation of a diagnosis related groups (DRG) classification and payment system in one Swedish county." *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 15(4): 283-294.
- Ljunggren, B. och Sjoden, P. O. (2003). "Patient-reported quality of life before, compared with after a DRG intervention." *International Journal for Quality in Health Care* 15(5): 433-440.
- Martinussen, P. E. och Hagen, T. P. (2009). "Reimbursement systems, organisational forms and patient selection: evidence from day surgery in Norway." *Health Economics, Policy and Law* 4(Pt 2): 139-158.

- Petersen, L. A., Woodard, L. D., Urech, T., Daw, C. och Sookanan, S. (2006). "Does pay-for-performance improve the quality of health care?" *Annals of Internal Medicine* 145(4): 265-272.
- Porter, M. E. (2010). "What is value in health care?" *New England Journal of Medicine* 363(26): 2477-2481.
- Rehnberg, C., Janlöv, N., Khan, J. och Lundgren, J. (2010). Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – redovisning av de två första årens erfarenheter. Stockholm, Karolinska Institutets folkhälsoakademi.
- Rosenthal, M. B. och Frank, R. G. (2006). "What is the empirical basis for paying for quality in health care?" *Medical Care Research and Review* 63(2): 135-157.
- Scheller-Kreinsen, D., Quentin, W. och Busse, R. (2011). "DRG-based hospital payment systems and technological innovation in 12 European countries." *Value in Health* 14(8): 1166-1172.
- Scott, A., Sivey, P., Ait Ouakrim, D., Willenberg, L., Naccarella, L., Furler, J. och Young, D. (2011). "The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians." *Cochrane Database Syst Rev*(9): CD008451.
- Serden, L., Lindqvist, R. och Rosen, M. (2003). "Have DRG-based prospective payment systems influenced the number of secondary diagnoses in health care administrative data?" *Health Policy* 65(2): 101-107.
- Shen, Y. (2003). "Selection incentives in a performance-based contracting system." *Health Services Research* 38(2): 535-552.
- Socialstyrelsen (2011). Utvärdering av Q-projekten.
- Socialstyrelsen (2011). Vad är DRG?
- Socialstyrelsen (2013). Vägledning till NordDRG. Svensk CC version.
- Steinwald, B. och Dummit, L. A. (1989). "Hospital case-mix change: sicker patients or DRG creep?" *Health Affairs (Millwood)* 8(2): 35-47.
- Sundquist, K., Malmstrom, M., Johansson, S. E. och Sundquist, J. (2003). "Care Need Index, a useful tool for the distribution of primary health care resources." *Journal of Epidemiology and Community Health* 57(5): 347-352.
- Svensson, H. och Garelius, L. (1994). Har ekonomiska incitament påverkat läkarnas beslutsfattande? Spri rapport 39. Stockholm.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2012). Förhindra fusk och oegentligheter. Stockholm, Sveriges Kommuner och Landsting.
- Van Herck, P., De Smedt, D., Annemans, L., Remmen, R., Rosenthal, M. B. och Sermeus, W. (2010). "Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care." *BMC Health Services Research* 10: 247.
- Welch, W. P. (1998). "Bundled Medicare payment for acute and postacute care." *Health Affairs (Millwood)* 17(6): 69-81.
- Wohlin, J., Stalberg, H., Ström, O., Borgström, F., Garellick, G. och Brommels, M. (2012). Uppföljningsrapport vårdval höft- och knäprotesoperationer. Preliminär analys, slutsatser och rekommendationer. Karolinska Institutet.

Referensgrupp

Den referensgrupp som är knuten till forskningsprogrammet *Från välfärdsstat till välfärdssambälle* har följt arbetet med rapporten och har bidragit med kunskap, tid och synpunkter. Referensgruppen består av följande ledamöter:

59

Catharina Barkman Stockholms läns landsting,
referensgruppens ordförande
Henrik Borelius Attendo
Mats Brandt Finansdepartementet
Henrik Brehmer Capio
Peje Emilsson Magnora
Leif Eriksson Täby kommun
Sari Eriksson Katrineholms kommun
Daniel Forslund Vinnova
Samir Kamal EQT
Carola Lemne Praktikertjänst
Magnus Lindquist Triton
Anna Manhem Tillväxtverket
Eva Mörk Uppsala universitet och SNS Vetenskapliga råd
Fredrik Näslund Nordic Capital
Anna Pauloff Statskontoret
Stefan Stern Investor
Christina Sterner Diaverum
Kristina Ström Olsson Svensk Försäkring
Mattias Svantesson Skolinspektionen
Per Törnvall Nordic Healthcare Group
Annika Wallenskog SKL
Hans Wikse Procuritas
Martin Ärnlov Bräcke Diakoni

Publikationer

Nedanstående publikationer har givits ut inom ramen för forskningsprogrammet *Från välfärdsstat till välfärdssambälle*.

60

Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd? Laura Hartman (red.), 2011

Friskolereformens långsiktiga effekter på utbildningsresultat, SNS Analys 7, Anders Böhlmark och Mikael Lindahl, 2012

Privata aktörer inom arbetsförmedling och rehabilitering, SNS Analys 11, Richard Öhrvall, 2013

Lärdomar från England om konkurrens i vården, SNS Analys 13, Carl Propper, 2013

Välfärdstjänster i privat regi: framväxt och drivkrafter, Henrik Jordahl (red.), 2013

Välfärdstjänster: tillstånd, tillsyn och uppföljning, Eva Hagbjer, 2014

Ersättning i vården. Modeller, effekter och rekommendationer, Peter Lindgren, 2014

Hur får sjukhus och vårdcentraler betalt för den vård de utför? På vilka sätt påverkar den ekonomiska styrningen vården? Finns det risk för manipulation när betalningen till vårdgivare baseras på patienters diagnoser, genomförda behandlingar och uppnådda mål?

Hälso- och sjukvården styrs alltmer med ekonomiska incitament. Det har blivit vanligt att koppla betalningen till verksamhetens resursinsatser, prestationer eller grad av måluppfyllelse. Ersättningssystemens utformning skapar olika incitament för vårdens aktörer och påverkar deras beteende. Systemen har stor betydelse för vårdens effektivitet, kvalitet och organisationssätt.

Det är landstingen som avgör hur ersättningen utformas och det finns stora variationer mellan olika delar av landet samt även mellan primär- och specialistvård. Här ges en överblick av de modeller som används för ersättning inom sjukvården i Sverige i dag, samt vad forskningen säger om deras effekter. Syftet är att bidra till den pågående diskussionen om olika ersättningsmodellers för- respektive nackdelar och i vilken riktning dagens modeller bör utvecklas.

Författare är Peter Lindgren, med.dr, verksam vid IVBAR samt knuten till Medical Management Centre vid Karolinska Institutet.



ISBN 978-91-86949-56-3



9 789186 949563