

Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård

Fredric Jacobsson

CMT Rapport 2007:2

Omslag och layout: Sussanne A. Larsson 2002
Tryckeri: LiU-Tryck, Linköpings universitet

LIU CMT RA/0702
ISSN 0283-1228
eISSN 1653-7556

Adress:

CMT

Institutionen för hälsa och samhälle

Linköpings universitet

581 83 LINKÖPING

Besöksadress:

CMT

Hälsans hus, ing 15, pl 13

Vid Universitetssjukhuset

Linköping

Tel vxl: 013-22 2000**Hemsida:** <http://www.cmt.liu.se/>

INNEHÅLL

SAMMANFATTNING	1
ABSTRACT	4
1. INLEDNING	5
1.1 Uppdraget	5
1.2 Syfte	5
1.3 Metod.....	5
1.4 Bakgrund.....	5
1.5 Disposition.....	7
2. TEORETISK GENOMGÅNG AV DE VANLIGASTE ERSÄTTNINGSPRINCIPERNA	8
2.1 Ekonomiska incitament i svensk hälso- och sjukvård i ett historiskt perspektiv	8
2.2 Generellt om ersättningsprinciper	9
Aktivitetsgrad	10
Tidsperspektiv	11
Objekt	12
Åtgärd.....	12
Resultat.....	13
Individ.....	16
Period.....	16
2.3 Ersättningsprinciperna tillämpade i hälso- och sjukvården.....	17
Aktivitetsgrad	17
Tidsperspektiv	19
Objekt	20
Åtgärd.....	20
Resultat.....	23
Individ.....	25
Period.....	26
Samstämmighet mellan mål och ekonomiska incitament.....	27
Ersättningsprinciper och arbetsuppgiftens karaktär.....	34

Kombination och tak – två metoder för att minska ersättningsprincipernas negativa effekter	37
<i>Kombination av olika ersättningsprinciper</i>	37
<i>Tak</i>	38
2.4 ”Inte bara för pengarna” – andra motiv till att prestera	39
3. EMPIRISKA ERFARENHETER AV ERSÄTTNINGSPRINCIPER ..	42
3.1 Övergripande frågeställningar vid införandet av nya ersättningsprinciper	42
3.2 Vilka ersättningsprinciper används i den svenska hälso- och sjukvården	43
Ersättningsprinciper i primärvården.....	46
Ersättningsprinciper för verksamheter på sjukhus	48
Resultatbaserad/målrelaterad ersättning	48
Landstingens erfarenheter av de använda ersättningsprinciperna	50
3.3 Ersättningsprincipernas effekter	51
Varför är det så svårt att i förväg uttala sig om ekonomiska incitaments empiriska effekter.....	51
Svenska forskningsresultat rörande effekter av olika ersättningsprinciper i hälso- och sjukvården.....	56
Internationella forskningsresultat och erfarenheter rörande effekter av olika ersättningsprinciper i hälso- och sjukvården.....	59
<i>Beställar – utförarmodeller</i>	59
<i>Ersättning per åtgärd och kapitation</i>	60
<i>Ersättning per produktgrupp</i>	62
<i>Resultatbaserad ersättning</i>	63
4. INTRESSANTA UTVECKLINGAR	65
4.1 Resource based relative value scale – en metod för att göra ersättning per åtgärd mer neutral	65
4.2 Adjusted Care Group och Care Need Index – två metoder att förbättra kopplingen till vårdtyngd hos kapitationsersättning	66
4.3 Resultatbaserad ersättning – några exempel på utformning och användningsområden	67
Bridges to excellence	69
Resultatbaserad ersättning i Storbritannien – Det nya kontraktet för primärvården	71
Simrishamns sjukhus – ett exempel på resultatbaserad ersättning i Sverige	73

4.4 Kan insamlade data användas så ersättningsprinciperna fungerar bättre	76
5. SAMMANFATTANDE KOMMENTAR	78
5.1 Vad bör göras för att öka kunskapen om olika ersättningssystem	81
Inom forskningsvärlden	81
Inom landstingen.....	82
5.2 Slutsatser	83
REFERENSER	84

TABELLFÖRTECKNING

<i>Tabell 1. De tre ersättningsdimensionerna och exempel på applikationer inom hälso- och sjukvårdsområdet.</i>	<i>17</i>
<i>Tabell 2. Ekonomisk incitamentstruktur för olika ersättningsprinciper.</i>	<i>30</i>
<i>Tabell 3. Vilka krav ställer ersättningsprinciper på arbetsuppgiftens karaktär.</i>	<i>35</i>
<i>Tabell 4. Exempel på poängräkning avseende högt blodtryck.</i>	<i>72</i>

FIGURFÖRTECKNING

<i>Figur 1. Ekonomiska incitament vid olika kombinationer av tidsperspektiv och aktivitetsgrad.</i>	<i>12</i>
<i>Figur 2. Incitament som kan härledas från klassificering i aktivitetsgrad och tidsperspektiv.</i>	<i>29</i>
<i>Figur 3. Landstingens ekonomiska styrning 2001 och 2004.</i>	<i>45</i>
<i>Figur 4. Skiss över faktorer som påverkar effekten av ekonomiska incitament.</i>	<i>55</i>

SAMMANFATTNING

Styrning av verksamheter inom hälso- och sjukvården kan utföras på en mängd olika sätt. Det kan t.ex. ske med hjälp av övervakning, bestraffning, tävling, utgallring, explicita manualer, normer och ekonomiska incitament.

Denna rapport handlar om ekonomiska incitament i samband med monetär ersättning. Det finns många vardagliga exempel på att ekonomiska incitament påverkar människors beteende. Trängselskatter minskar bilåkandet, skatter på cigaretter minskar rökandet (eller ökar smugglingen), höga marginalsatser minskar viljan att arbeta extra o.s.v. Genom att utforma monetär ersättning på olika sätt kan olika ekonomiska incitament skapas. Valet av ersättningsprincip är följaktligen ett sätt att styra hälso- och sjukvården mot önskade mål. Det finns tre grundläggande incitamentskomponenter i en ersättningsprincip. Dessa är aktivitetsgrad, tidsperspektiv och objekt. Aktivitetsgraden behandlar frågan om ersättningen ska vara fast eller rörlig, d.v.s. om producenten ska tjäna på att producera/prestera mer. Tidsperspektivet behandlar frågan om ersättningen ska bestämmas i förväg (vara prospektiv) eller bestämmas efteråt och med utgångspunkt från hur mycket resurser som förbrukats (vara retrospektiv). Valet av tidsperspektiv avgör om ersättningen ger incitament att försöka minimera kostnaderna. Objektet slutligen avgör vad som ersätts och därmed också mot vilket område incitamenten inriktas. Objektet kan delas in i fyra olika områden; åtgärd, resultat, individ och period.

Rörliga ersättningar kallas ofta prestationsersättningar och utgår antingen per utförd åtgärd eller baseras på resultat. Det förekommer både retrospektiva och prospektiva rörliga ersättningar. Resultatbaserad ersättning baseras på om vårdproducenten uppnått ett i förväg fastställt resultat eller en viss resultatförbättring. Det viktigaste målet för hälso- och sjukvården torde vara att producera hälsa. Att använda resultatbaserad ersättning för att ersätta olika producenter med utgångspunkt från uppnådda hälsovinster är därför tilltalande. Denna ersättningsform är trots det fortfarande mycket ovanlig p.g.a. svårigheterna att mäta resultatet (hälsa) på ett invändningsfritt sätt.

Fasta ersättningarna eller s.k. totalbudgetlösningar innebär att en fast summa betalas ut oberoende av prestation. Anslag och lön i form av månadslön eller timpenning är båda exempel på fast ersättning. Fasta ersättningar är ofta prospektiva men kan även innehålla retrospektiva element om storleken på årets anslag är beroende av förra årets kostnader. Kapitation som innebär att vårdproducenten erhåller en fast prospektiv ersättning per listad (ansluten) patient, är vanligt förekommande inom primärvården. Kapitation är en fast ersättning om patienterna inte har någon möjlighet att byta vårdgivare. Men

kapitation blir mer rörlig till sin karaktär om patienterna har möjlighet att byta vårdgivare och utnyttjar detta.

Olika ersättningsprinciper ger oftast både önskade och oönskade incitament. Detta gäller även de inom hälso- och sjukvården vanligast förekommande ersättningsprinciperna; ersättning per åtgärd, kapitation och anslag. Ersättning per åtgärd ger oftast starka incitament att producera, speciellt om ersättningen är retrospektiv. De största nackdelarna med denna typ av ersättning är risken att vårdproducenten i för stor utsträckning prioriterar de åtgärder där denna tjänar mest pengar och svårigheten för finansiären att kunna kontrollera kostnaderna. Dessa nackdelar har föranlett utvecklandet av ersättning per produktgrupp där specifika tillstånd kopplas ihop med de åtgärder som krävs för tillståndet i fråga. Ersättning per produktgrupp är prospektiv och ger sammantaget en ökad styrning av vårdproducenten jämfört med ersättning per åtgärd. Ett vanligt instrument vid konstruktion av produktgrupper är diagnosrelaterade grupper (DRG). Kapitation ger starka incitament att hålla ner sjukvårdskostnaderna men ger samtidigt incitament att hålla igen på produktionen. Traditionellt anslag innebär att vårdproducenten får ersättning efter hur finansiären bedömer att behovet ser ut. Ökade historiska kostnader och långa köer utgör då argument för att det behövs mer resurser. Det kan vara svårt att avgöra om dessa kostnader och köer beror på behov av mer resurser eller ineffektivitet.

Det är svårt att i förväg veta hur en ersättningsprincip kommer att fungera i praktiken eftersom det är många andra faktorer som också påverkar det slutgiltiga utfallet. Valet av ersättningsprincip styrs således både av verksamhetens mål och hur omgivningen är beskaffad. Förutsättningarna ändrar sig dessutom över tiden vilket medför att även väl fungerande ersättningsystem bör följas upp kontinuerligt.

I Sverige har övergången från anslag till prestationsersättning visat sig kunna öka produktiviteten, men den ökade aktiviteten resulterade också i ökade kostnader. Detta medförde att debatten och arbetet kring ersättningsprinciperna efterhand alltmer kom att handla om kostnadskontroll. Kostnaderna bemästrades exempelvis via olika typer av ersättnings- eller produktionsbegränsningar, så kallade tak eller betalning under marginalkostnaden. Detta innebar samtidigt minskade produktivetsincitament vilket resulterade i minskad produktivitet.

För att kunna utnyttja ersättningsprincipernas positiva egenskaper och samtidigt minska de negativa egenskaperna utgörs idag ofta den totala ersättningen av en blandning av olika ersättningsprinciper. Trots det kan konstateras att inget ersättningsystem är perfekt. För att i framtiden kunna utforma så bra ersättningsystem som möjligt krävs mer forskning och kanske framförallt praktisk erfarenhet. Det är därför viktigt att man inom landstingen dokumenterar

de erfarenheter som erhålls från den praktiska användningen av olika ersättningsprinciper. Intresset för resultatbaserad ersättning är idag stor både inom landstingen i Sverige och i många andra länder. Denna ersättningsform utgör i de flesta fall mellan 1-10 procent av vårdproducentens totala ersättning. Trots att utvecklingen gått starkt framåt när det gäller att kunna mäta vårdens resultat finns ett stort behov av nya innovationer och forskning inom detta område. Erfarenheter har visat att det är viktigt att finansiären och vårdproducenten är överens om vilka mål den resultatbaserade ersättningen ska ge incitament till. Ett gott samarbete kan dessutom minska behovet av exakt mätning.

ABSTRACT

To create economic incentives for those working in the health care sector, the choice and design of provider payment systems are important factors. In the first part of this paper a typology for classifying these payment systems is presented. Three dimensions are identified. The *degree of activity* indicates if there is a link between the provider's activity and earnings. The *time perspective* indicates if the actual costs will influence the earnings of the provider, and the *object* indicates the area at which the incentives are aimed. The created incentives are also compared with general objectives of health care. Because economic incentives caused by payment systems constitute only part of all the factors that motivate those working in the health care sector, it is difficult to know what the final results of a new payment system will be. This is confirmed in the second part of this paper where the practical effects of different payment systems are investigated. One important, often forgotten motivator is the intrinsic motivation that derives from job satisfaction per se, compliance with ethical standards or standards of fairness (for one's own sake), and the achievement of personal goals. To make use of desirable effects of provider payment systems and avoid undesirable effects, different payment principles are often combined. An interesting advance in this area is the great interest in mixing performance related payment with other payment principles. The fundamental objective of health care ought to be the production of health. In this perspective, payment related to health gains is of interest. The problem is measuring health gains in an objective way. Performance related payment to providers in the health care sector is outlined in the last part of the paper. To be able to design payment systems in the future that are as good as possible, both research and practical experience are needed.

1. INLEDNING

1.1 Uppdraget

Upprinnelsen till denna rapport är en förfrågan från Landstinget i Östergötland till Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT) att göra en teoretiskt och empiriskt översikt av de ersättningsprinciper som förekommer inom hälso- och sjukvården. Arbetet skulle utmytna i ett diskussionsunderlag. Det fanns också en önskan att nya strömningar och idéer avseende ersättningsprinciper skulle belysas, speciellt resultatbaserad ersättning.

1.2 Syfte

Syftet med denna rapport är att ge en bild av de ekonomiska ersättningsprinciper som används inom hälso- och sjukvården och att analysera dessa med avseende på vilka ekonomiska incitament de ger upphov till. Syftet är också att försöka kartlägga ersättningsprincipernas empiriska effekter. Vidare ska den utveckling av ersättningsprinciper som sker inom hälso- och sjukvårdsområdet belysas, speciellt med tonvikt på resultat och målrelaterad ersättning.

1.3 Metod

Rapporten bygger huvudsakligen på litteraturstudier och i viss mån diskussion med initierade personer. I litteraturstudierna har främst databaserna Social Sciences Citation Index och PubMed använts. Sökningar har även gjorts på Internet via olika sökmotorer. De referenser som hittats i relevant litteratur har också i många fall visat sig leda vidare till nya intressanta referenser. Området som behandlas i denna rapport är omfattande och rapporten ska inte ses som en fullständig vetenskaplig utredning. Rapporten är istället tänkt att ge en grundläggande kunskap om ersättningsprinciper i hälso- och sjukvården och vara ett underlag till vidare diskussioner och en utgångspunkt för mer specificerade studier.

1.4 Bakgrund

För att en verksamhet lättare ska utvecklas i önskad riktning behövs klara mål att sträva mot. För att uppnå målen krävs att de människor som är involverade i verksamheten betar sig på ett sätt som främjar och överensstämmer med dessa. Inom organisationer används olika sätt för att styra medlemmarnas beteende mot

målen. Det kan t.ex. handla om övervakning, bestraffning, utgallring, explicita manualer, socialisering av lämpliga normer och ekonomiska incitament. Hur ledningen (principalen), som en representant för organisationen, på bästa sätt ska förmå övriga organisationsmedlemmar (agenter) att göra det som är bäst för organisationen behandlas inom ekonomisk teori i den så kallade ”principal-agent teorin”¹. Principal är någon som anförtror åt någon annan (agenten) att utföra något som denne (principalen) vill ha gjort. Teorin förutsätter att organisationens medlemmar (agenterna) vill maximera sin nytta och därför antas lägga så lite ansträngning som möjligt på att uppfylla organisationens (principalens) mål. Principalen har ingen möjlighet att till hundra procent övervaka agenterna och tillrättvisa dem så fort de inte gör sitt bästa. Receptet är då att ge agenterna incitament att handla i organisationens bästa. De ekonomiska incitament som skapas med hjälp av exempelvis ersättningsprinciper utgör därför en viktig del i denna teori. Ekonomiska incitament har i praktiken ofta visat sig kunna påverkat människors beteende. Trängselskatter minskar bilåkandet, skatter på cigaretter minskar rökandet (eller ökar smugglingen), höga marginalskatter minskar viljan att arbeta på marginalen, o.s.v.

Ekonomiska incitament handlar om att belöna vissa beteenden hos någon (agenten). För att normativt kunna analysera ekonomiska incitament, t.ex. i form av olika typer av ersättning, krävs därför kunskap om vilka beteenden som är önskvärda. Önskvärda beteenden bör utgå från de mål som individen eller organisationen (principalen) vill uppnå. Målen kan vara av ekonomisk karaktär men de kan också till exempel ha med rättvisa och fördelningsaspekter att göra. Ett ofta återkommande och viktigt mål i de flesta verksamheter är effektivitet. I ett samhällsperspektiv är effektivitet viktigt för att samhällets medborgare ska kunna få det så bra som möjligt. I konkurrensutsatt verksamhet är effektivitet dessutom viktigt för att verksamheten ska kunna överleva. I produktionen handlar effektivitet om att producera det som konsumenten/mottagaren vill ha. Det gäller således att både vara produktiv (producera till låga kostnader) och producera varor/tjänster av hög kvalitet.

Principal- och agentförhållandet finns också inom hälso- och sjukvårdsområdet. Principal är finansören som exempelvis på det verkställande planet kan utgöras av en tjänsteman, men som i förlängningen även innefattar hälso- och sjukvårdsnämnder, politiker och slutligen allmänheten. Agenter är de som är verksamma inom hälso- och sjukvårdens produktionsapparat. Det kan röra sig om hela sjukhus eller enskilda läkare och sköterskor. Hälso- och sjukvårdsområdet är komplicerat eftersom det här finns många olika sätt att styra. Dessutom finns ofta många olika mål och dessa innefattar mer av rättvisa än vad som är vanligt i annan verksamhet. Det övergripande ekonomiska målet

¹ För en genomgång av principal-agent teorin se t.ex. Douma & Shreuder (1992)

för hälso- och sjukvården bör dock rimligen vara god effektivitet, dvs. att med utgångspunkt från tillgängliga resurser producera så mycket nytta i form av hälsa som möjligt. Trots komplicerad organisationsstruktur har ekonomiska incitament bevisligen påverkat människors beteende även inom hälso- och sjukvårdsområdet (Hellinger 1996).

1.5 Disposition

I den inledande delen beskrivs uppdrag, syfte, metod, bakgrund och disposition. Resten av rapporten är indelad i tre delar. En teoretisk del, en empirisk del och en del där framtida utvecklingsmöjligheter tas upp. I den teoretiska delen beskrivs och systematiseras de vanligaste ersättningsprinciperna. I den empiriska delen beskrivs resultat från forskning avseende olika ersättningsprincipers effekter i praktisk användning, dessutom återges svenska erfarenheter av olika ersättningsprinciper samt framtida utvecklingsmöjligheter. Detta avsnitt är framförallt inriktat på resultat/mål baserad ersättning. Stort utrymme ges åt några fallbeskrivningar av resultatbaserad ersättning. Denna diskussion kopplas också till hälso- och sjukvården där professionalism och empati/altruism historiskt varit (och är) viktigt. Rapporten avslutas med en sammanfattande diskussion.

2. TEORETISK GENOMGÅNG AV DE VANLIGASTE ERSÄTTNINGSPRINCIPERNA

2.1 Ekonomiska incitament i svensk hälso- och sjukvård i ett historiskt perspektiv

Svensk hälso- och sjukvård har under lång tid i huvudsak styrts genom planering och medicinska beslut. Ekonomiska incitament som uppmuntrar produktivitet har endast förekom i liten omfattning. Ett undantag är sjukhusanställda läkares rätt att bedriva privat öppenvård vid sidan av arbetet på sjukhuset under första delen av 1900-talet. Detta medförde prestationsrelaterade incitament att utveckla öppenvården eftersom sysselsättning inom detta område medförde en inkomstförstärkning för läkaren. Med argument för en mer solidarisk sjukvård avskaffades 1970 dessa möjligheter. Läkarna fick reglerad arbetstid och fast inkomst. Nya avtal gav läkarna möjlighet att ta ut ledighet istället för jourersättning. Dessa förändringar medförde att arbetstiden per läkare minskade. Patientavgifterna reglerades också, och blev mer lika i hela landet. Sammantaget medförde reformen både ökad efterfrågan och minskat utbud på öppenvård. För att möta denna utveckling utbildades flera läkare och sjuksköterskor. Detta ledde till att antalet läkare och sjuksköterskor under perioden 1960-1980 ökade med cirka 250 procent (Anell & Svarvar 1995). Samhällets kraftiga ekonomiska tillväxt och det ökande skatteuttaget innebar att de finansiella resurserna fanns för att kunna expandera hälso- och sjukvården kraftigt.

Snabbt ökande kostnader och vetskapen om att intäkterna inte skulle fortsätta att öka i samma takt som tidigare medförde en vändpunkt i början av 1980-talet. Kostnadskontroll blev ledordet men låg produktivitet uppmärksammades också. Under senare delen av 1980-talet växte på nytt intresset för prestationsersättning i kombination med ökade valmöjligheter för patienten. Intresset för ekonomistyrning ökade och det investerades i nya informationssystem som förbättrade den ekonomiska informationen. En övergång mot mer marknadsinspirerad organisering och styrning började märkas. Den offentliga sektorn skulle effektiviseras och ineffektiviteten tillskrevs felaktiga styrmodeller. Argument för ökad konkurrens presenterades (Jonsson 1991).

Under början av 1990-talet uppmärksammades allt mer växande problem med köer och byråkrati. Ökad produktivitet och större patientinflytande var vad som skulle eftersträvas. Införandet av prestationsersättning och ökad valfrihet för patienten som påbörjats under senare delen av 1980-talet fortsatte i landstingen. Dessutom infördes särskilda beställarfunktioner i vissa landsting för att

åstadkomma en behovsstyrning av resurserna utifrån ett befolkningsperspektiv. Beställarfunktionen användes också för att införa marknadsliknande förhållanden och för att öka vårdgivarnas incitament till ökad produktion. Utvecklingen mot mer marknadsliknande förutsättningar gick snabbt men mot slutet av 1990-talet svängde pendeln igen efter att negativa effekter uppmärksammats. Fokus blev på samordning och samverkan och med hjälp av specialisering och stordriftsfördelar skulle effektiva lösningar hittas. Även om denna svängning i den politiska retoriken är att betrakta som en helomvändning fanns också tanken om ökad effektivitet via konkurrens fortfarande kvar. Resultatet har blivit att skillnaderna mellan olika landsting ökat eftersom det inte finns något klart ideal eller svar på hur effektiva offentliga organisationer ska organiseras och styras och hur man skapar optimala incitament. I Sverige har arbetet med att försöka utforma ersättningsssystem som ger goda incitament inom hälso- och sjukvården nu pågått i cirka 15 år. Intresset för området har inte avtagit. Om detta vittnar inte minst den växande mängden litteratur som produceras inom området.

2.2 Generellt om ersättningsprinciper

Det finns många olika typer av ersättningsprinciper med olika egenskaper. Deras användbarhet i t.ex. olika industrier och yrken förklaras i ekonomisk teori av skillnader i de uppgifter som ska utföras och skillnader mellan de individer som ska utföra uppgifterna. Viktiga faktorer i detta avseende är uppgifternas svårighetsgrad, mätbarhet, vilka risker de individer som ska utföra arbetet bär och vill bära, om arbetet består av en uppgift eller är resultatet av flera uppgifter och om samarbete mellan olika individer är viktigt för att arbetet ska kunna utföras på ett bra sätt (Prendergast 1999). Det är svårt att konstruera ersättningar som premierar både hög produktionstakt, låga kostnader och hög kvalitet. Följden av detta är att det inte finns någon fulländad ersättningsprincip som passar alla situationer och mål. Genom att kombinera olika ersättningsprinciper med varandra eller med andra typer av styrning, kan man komma till rätta med en del av dessa problem. Risken är emellertid att styrsystemet kan bli för komplext och därför svårt att förstå både för den som ska utföra arbetet och andra.

Tanken med nedanstående klassificering är att lättare kunna förstå vilka incitament en viss ersättningsprincip genererar. Klassificeringen är uppbyggd med utgångspunkt från följande tre principiella dimensioner.

1. Aktivitetsgrad (fast respektive rörlig ersättning)
2. Tidsperspektiv (retrospektiv respektive prospektiv ersättning)
3. Objekt (vad som ersätts)

Det är framförallt aktivitetsgrad och tidsperspektiv som bestämmer vilken typ av incitament som ersättningen ger upphov till, medan den tredje dimensionen mer bestämmer inom vilket område incitamenten ska verka.

Aktivitetsgrad

Dimensionen aktivitetsgrad behandlar huruvida det i ersättningen finns incitament för ökad aktivitet/produktion. Valet står här mellan fast ersättning som är den samma oavsett hur mycket som produceras eller rörlig ersättning som ökar i relation till hur mycket som produceras. Månadslön och timersättning är exempel på fasta ersättningar där ersättningen är den samma oavsett hur mycket löntagaren producerar per timme eller månad. Ackordersättning är ett klassiskt exempel på rörlig ersättning. Frågan för producenten när det gäller fast eller rörlig ersättning är om det lönar sig att producera mer. Rörlig ersättning benämns ofta prestationsersättning medan fast ersättning ofta förknippas med ersättning enligt budget.

Vid rörlig ersättning har producenten incitament att öka sin produktion. Om denne vill maximera sin vinst kommer produktionen att öka till dess att marginalintäkten för en enhet är lika med marginalkostnaden. Marginalintäkten är den intäkt som den sist producerade enheten ger och marginalkostnaden är den kostnad som den sist producerade enheten ger upphov till. Detta kan exemplifieras med ett sjukhus som köper laboratorietjänster från ett privat laboratorium. Sjukhuset betalar 500 kr per utförd analys. Marginalintäkten för laboratoriet är således 500 kr. För att göra en analys åtgår 100 kr i materialkostnad och 300 kr i arbetskostnad. Byggnader, utrustning och andra kringkostnader finns oberoende av om man utför en ytterligare analys². Marginalkostnaden för att utföra en analys är således 400 kr. Genom varje ny utförd analys kommer laboratoriet att ha 100 kr över. Med dessa förutsättningar vill laboratoriet öka sin produktion. Ett avtal med ett annat sjukhus gör att laboratoriet där erhåller 1000 kr för den först genomförda analysen. Under innevarande år sjunker sedan ersättningen med 1 kr per genomförd analys. För analys nummer 2 erhåller således laboratoriet 999 kr o.s.v. För analys nummer 601 får laboratoriet 400 kr. Här är således marginalintäkten lika med marginalkostnaden. Producerar laboratoriet en enhet till kommer det att förlora 1 kr. I detta fall kommer laboratoriets produktion enligt teorin således att stanna vid 601 stycken analyser. Den totala produktionsvolymen är följaktligen beroende av ersättningsnivån i förhållande till marginalkostnaden för att producera en extra enhet. Rörliga ersättningssystem med generösa ersättningsnivåer ger incitament till hög produktion.

² Men om ökningen blir stor måste man kanske skaffa nya lokaler och ny laboratorieutrustning. Om denna gräns överskrids kommer marginalkostnaden att öka väsentligt.

Vid fast ersättning påverkas inte vinsten av produktionens storlek. Antag att laboratoriet, i det tidigare diskuterade exemplet, får en fast summa (exempelvis 300 000 kr/år) för att göra ett obestämt antal analyser. Eftersom marginalintäkten är noll (laboratoriet tjänar inget extra på att producera mer) finns i detta ersättningssystem enbart incitament för att minska marginalkostnaderna. Detta kan åstadkommas genom att minska antalet eller intensiteten i de aktiviteter som utförs.

Tidsperspektiv

Ersättningsprinciper kan också klassificeras med utgångspunkt från tidsperspektivet, vilket kan vara tillbakablickande (retrospektivt) eller framåtblickande (prospektivt). I ett retrospektivt system ersätts producentens kostnader i efterskott. När en bil lämnas in på bilverkstad betalar bilägaren oftast i efterskott i förhållande till vad det kostat verkstaden att laga bilen. I ett ekonomiskt perspektiv är det i ett sådant fall bara konkurrens från andra bilverkstäder som kan motivera verkstaden att hålla igen på kostnaderna.

I ett prospektivt system fastställs producentens betalning eller anslag i förskott. De faktiska kostnader som uppkommer vid produktionen har ingen inverkan på ersättningen storlek. Numera erbjuder bilverkstäder ofta i förväg bestämda priser för att exempelvis byta avgassystem. Här finns således ingen direkt koppling till verkstadens faktiska kostnader för att byta det specifika avgassystemet. Eftersom verkstadens eventuella vinst består av det som blir över av betalningen när arbetet är genomfört finns ekonomiska incitament att genomföra avgassystemsbytet så billigt som möjligt. Om ersättningen är prospektiv eller retrospektiv kommer således att avgöra om det lönar sig för producenten att minska sina kostnader.

När aktivitetsgrad och tidsperspektiv kombineras samverkar de enligt nedanstående schema. Kombinationen retrospektiv och fast är ett specialfall. Jegers m.fl. 2002 menar att denna kombination inte finns och vill föra budgeterad ersättning som helt grundas på föregående års inflationsjusterade kostnader till retrospektiv och rörlig ersättning. Jag har dock valt att placera denna typ av ersättning i rutan retrospektiv och fast eftersom incitamenten i denna typ av ersättning ofta skiljer sig från incitamenten vid retrospektiva rörliga ersättningar.

Figur 1. Ekonomiska incitament vid olika kombinationer av tidsperspektiv och aktivitetsgrad.

Tidsperspektiv		
Aktivitetsgrad	<i>Retrospektiv</i>	<i>Prospektiv</i>
<i>Rörlig</i>	Incitament för ökad aktivitet eftersom överskottet ökar med ökad aktivitet Incitament för ökade kostnader eftersom aktivitet ökar överskottet men kostnaden betalas av någon annan	Incitament för ökad aktivitet eftersom överskottet ökar med ökad aktivitet Incitament för minskade kostnader eftersom överskottet ökar med minskade kostnader
<i>Fast</i>	Incitament att minska aktiviteten om minskningen inte påverkar kostnaderna. Incitament för ökade kostnader eftersom dessa ersätts nästa år och en ökad budget ger större ekonomisk handlingsfrihet.	Incitament för minskad aktivitet eftersom aktivitet skapar kostnader som inte betalas av någon annan Incitament för minskade kostnader eftersom överskottet ökar med minskade kostnader

Objekt

Ersättningsprinciper kan också klassificeras med utgångspunkt från objekt. Objektet beskriver vad som ersätts. Vilket objekt som väljs till grund för ersättningen avgörs ofta av hur starkt detta är kopplad till producentens produktionskostnader och intäkter.

Denna rapport fokuserar på fyra objekt; åtgärder, resultat, individ och period.

Åtgärd

Ersättning per utförd åtgärd är en princip som tillhandahåller kraftfulla och lättförståeliga incitament. Ersättningen är direkt kopplad till utfört arbete. Priset per produktionsenhet kan antingen motsvara de faktiska kostnaderna för det utförda arbetet (retrospektiv) eller vara fastställt i förväg (prospektiv). Producenten ökar sin ersättning genom att utföra fler ersättningsberättigade åtgärder. Metodens möjlighet att fungera på ett bra sätt minskar om det är svårt för köparen att inhämta information om produktionen och om producenten i samband med detta uppträder opportunistiskt. Om inte producenten kan

övervakas eller det som produceras kan mätas på ett enkelt sätt finns risk att producenten producerar för mycket. Komplexa arbeten som består av flera arbetsuppgifter där helhetsresultatet är svårt att mäta är därför svåra/olämpliga att betala efter åtgärd. I praktiken väljs då ofta en del i processen som är lätt att mäta som ersättningsgrundande. Detta kan dock få oönskade effekter. Ett exempel på detta är Ken O'Brien, en amerikansk fotbollsspelare, som var en duktig spelare men som brukade göra en del felpass. Han fick därför ett kontrakt där han bestraffades för varje felpass. Detta medförde att han slutade passa i svåra situationer vilket drastiskt minskade antalet felpass (ökade O'Brien's inkomst) men också försämrade lagets resultat på ett påtagligt sätt.

Att ersätta åtgärder efter löpande räkning är en metod som inte används så ofta numera. Problemet är intuitivt uppenbart för den som kommit överens med ett byggnadsföretag om att ersätta varje arbetad timme och det material som förbrukats istället för att betala en fast summa för hela byggnationen. De uppenbara problemen med skenande kostnader har medfört att valet istället blir att ersätta åtgärder prospektivt.

Resultat

De nackdelar som finns med ersättning per åtgärd vid mer komplicerade processer, har inneburit ett sökande efter olika typer av resultatbaserade ersättningar där den ersatta prestationen mer överensstämmer med det slutgiltiga målet eller med intermediära mål. "Resultatet" kan vara objektivt och mätbart, men ofta använder privata företag *subjektiv resultatbaserad ersättning*. Ersättning kan då t.ex. ske i form av en bonus eller ett extra lönepåslag som utgår till de medarbetare eller organisationsenheter som bedöms ha utfört arbetet med bra resultat. Någon överordnad gör bedömningen utifrån några kriterier. Fördelen är att denna kan göra en mer fullständig bedömning av medarbetares resultat än vad något specifikt mått kan åstadkomma eftersom en individs totala resultat ofta inte sammanfaller med hur denne uppnår ett visst specifikt mål. Fotbollsspelaren i exemplet ovan kan då få extra ersättning om denne gör en bra match istället för ersättning per mål. Eftersom den subjektiva resultatbaserade ersättningen ofta utgår i form av bonus finns en trygghet i form av den fasta lön som alla medarbetare är berättigade till. Företaget behöver då inte betala någon riskpremie i sina ersättningar. Det finns även nackdelar med denna typ av ersättning. Den subjektiva bedömningen kan uppfattas vara godtycklig och orättvis. Andra problem som noterats är att de som gör den subjektiva bedömningen har en tendens att undvika konflikter genom att värdera upp riktigt dåliga insatser alternativt värdera allas insats ungefär lika. På detta sätt kan därför de potentiella incitamentseffekterna av subjektiv resultatbaserad ersättning eroderas.

Många arbetar idag med arbetsuppgifter där det egna resultatet är beroende av samarbetet med kollegor. Här är det svårt att identifiera varje individs bidrag och den resultatbaserade ersättningen måste därför baseras på hela arbetslagets resultat. I en sådan miljö är risken stor för att medlemmar i arbetslaget försöker åka snålskjuts på de andras arbetsinsats, d.v.s. erhålla resultatbaserad ersättning utan att anstränga sig. I en stor grupp är dessutom varje individs bidrag till det gemensamma resultatet liten, vilket kan antas minska den enskildes vilja till uppoffring. I ett teoretiskt perspektiv är detta den största orsaken till tveksamhet avseende *resultatbaserad ersättning på gruppnivå*. Empiriska studier visar dock på prestationsökningar runt 4-5 procent i stora företag, där hela företagets resultat utgör grunden för ersättningen (Jones & Kato 1995; Kruse 1993). Förklaringen kan vara att den resultatbaserade ersättningen på gruppnivå medför att de anställda kontrollerar varandra och internt utövar påtryckning på dem som inte gör sitt bästa. En annan förklaring som presenteras är att resultatbaserad ersättning på gruppnivå förstärker känslan av gemenskap och att man på detta vis sporrar varandra till framgång. Empirisk forskning har visat att de lågpresterande ökar sitt bidrag till resultatet mest medan de högpresterande bibehåller eller minskar sin arbetsinsats när resultatbaserad ersättning på gruppnivå införs (Hansen 1997; Weiss 1987)³. Intuitivt känns det som om denna ersättningsprincip borde locka lågpresterande eftersom dessa med hjälp av andras produktivitet kan öka sin egen lön. Men resultaten från empiriska studier kan istället tolkas som att både de med lägst och högst produktivitet undviker resultatbaserad ersättning på gruppnivå om de ges möjlighet (Prendergast 1999). De med högst produktivitet för att de tjänar mer i det individuella systemet och de med lägst produktivitet för att grupptrycket på att de ska producera mer gör arbetsmiljön allt för arbetsam och stressig. Resultatbaserad ersättning på gruppnivå skulle således på lång sikt kunna innebära att gruppen blir mer likformig när det gäller produktivitet. I vilken omfattning arbetsuppgifterna utgör en gemensam eller individuell prestation är också viktigt att ta hänsyn till vid införande av resultatbaserad ersättning på gruppnivå. Om vissa individers insats betyder mer för det gemensamma resultatet än andras kan följden bli att dessa anser sig för dåligt ersatta.

Resultatbaserad ersättning på gruppnivå är sannolikt enklare att administrera inom privata företag än inom offentlig verksamhet eftersom prestationen ofta kan antas korrelera med vinstens storlek. I de privata företagen finns vinsten redovisad och dessutom ofta specificerad på olika avdelningar (så kallade profit centers). Vinstdelning har i empiriska studier visat på både ökad effektivitet och

³ En intressant jämförelse kan i detta sammanhang göras med en omfattande studie avseende feedback där feedbacken bestod av att man gav information om hur väl producenten/den anställde presterade. När feedbacken var negativ ökade prestationen medan vid positiv feedback förblev prestationen konstant eller t.o.m. något minskande. (Kluger & DeNisi 1996). Noteras bör också i detta sammanhang att det här rörde sig om kritik mot det utförda jobbet, medan kritik mot person medförde minskad motivation och prestation. De som övervärderar sin egen insats är de som svarar bäst på negativ feedback (Rynes m.fl. 2005).

ökat intresse för samarbete (Petty m.fl. 1992; Wagner m.fl. 1988). Trots genomgående positiva effekter vid vinstdelning har empirisk forskning också visat att gruppens storlek har betydelse och att de positiva effekterna på prestationen minskar i takt med att gruppens storlek ökar (Kruse 1993; Kaufman 1992). Inom privata företag finns också möjligheten att använda aktiekursen som en form av måttstock.

En typ av långsiktig subjektiv resultatbaserad kompensation⁴ är *befordran*. Tillsättningen av olika befattningar i ett företag görs ofta med utgångspunkt från vad de anställda presterar. Inom ekonomisk teori analyseras denna form av ersättning med något som kallas turneringsteori där befordran liknas vid en tävling där de anställda tävlar om ett fast pris. Turneringsteori förutspår effekter som också visat sig förekomma empiriskt. Ökat värde på priserna medför större uppoftning hos de tävlande. För att bibehålla incitamentsnivån bör, om tävlingen bara har en vinnare, prisnivåns storlek öka i takt med antalet tävlande. Tävlade som kommer på efterkälken kan förväntas ta stora risker för att försöka komma ikapp.

Ett problem med befordran kan vara att om tillsättningen sker med utgångspunkt från felaktiga kriterier (exempelvis byråkratiska regler eller svågerpolitik) d.v.s. att ”fel person vann” kan detta få negativ inverkan på förlorarnas fortsatta prestationer. Denna demoraliseringseffekt gäller sannolikt all subjektiv resultatbaserad ersättning. Om omgivningen upplever ersättningen som orättvis minskar arbetsmoralen hos arbetskamraterna. Ett sätt att minska riskerna för detta är att inhämta subjektiva bedömningar från flera håll. Bara genom att komplettera chefens bedömning med arbetskamraternas, torde minska risken för att bedömningen ska upplevas som orättvis.

Dynamiska kontrakt, där ersättningen bygger på vad som presterats tidigare, kan också i viss mån räknas in under resultatbaserade ersättningsprinciper. När upphandling sker från producenter som förväntas finnas kvar som producenter under lång tid finns andra mer långsiktiga incitament som kan användas i ersättningsystem. Istället för en engångsföreteelse är upphandling ofta en del av en återkommande relation mellan köpare och producent. Denna långsiktiga relation ger utrymme för dynamiska kontrakt. Detta ger incitament till både effektivitet och kvalitet eftersom ett bra jobb idag kan ge bättre betalt i framtiden. Exempelvis kan fotbollsspelaren i det tidigare exemplet vid tillämpning av dynamiska kontrakt räkna med ett högre ”marknadsvärde” vid förhandlingar avseende nästa säongs kontrakt, om denne gjort en bra säsong. Dynamiska kontrakt motverkar dessutom parternas intresse av att lura varandra eftersom opportunistiskt beteende kan bestraffas i framtida kontrakt. Denna typ

⁴ Detta är inte att betrakta som en direkt monetär ersättningsprincip baserad på resultat men möjligheten till befordran ger incitament som kan liknas vid resultatbaserad ersättning, om än mer långsiktiga.

av kontrakt gör det också möjligt att bedöma prestation i ett längre perspektiv vilket ur risksynpunkt är positivt för producenten. Vi kan tänka oss en försäljare som får ersättning i förhållande till försålda varor per månad. Om denne misslyckas en enstaka månad kommer lönen att bli lägre efterföljande månad, men om resultatet istället avläses under ett längre tidsintervall kommer bra och dåliga månader att jämnas ut varandra.

Individ

Ersättningssystem baserade på individer (kunder) är en typ av serviceåtagande där producenten erhåller en ersättning per kund som denne har ansvar för. Denna ersättningsprincip kallas ofta kapitation (efter latinets *capitatio*; skatt som utgår efter huvud). Vilka eller hur många aktiviteter som producenten utför påverkar inte ersättningen. Storleken på ersättningen beräknas oftast på årsbasis. Detta skulle kunna gälla en bilverkstad som åtar sig att reparera alla anslutna kunders bilar för en lika stor avgift per kund och år oberoende av hur många gånger bilen havererar och vilken typ av haverier det rör sig om. Kapitation är ett sätt för köparen att flytta över ekonomisk risk på producenten. I detta avseende är det viktigt att risken som överförs på producenten består av sådant som denne kan påverka. Eftersom riskaversiva producenter kommer att kräva ersättning även om risken att vinna är lika stor som att förlora kan den kompensation för rikstagande som producenten kräver blir kostsam. Speciellt om producenten måste stå för risker som denne inte kan påverka själv (t.ex. makroekonomisk efterfrågan eller att kunderna bara köper gamla bilar i exemplet ovan).

Period

Ersättning per period kan både användas till enskilda personer och verksamheter. Till enskilda personer handlar det om fast lön per period exempelvis månad eller timme. Ersättning per period till verksamheter brukar kallas anslagsfinansiering och utgår ofta per år. Eftersom dessa ersättningsformer utgår med samma summa oberoende av hur mycket som presteras finns det inga ekonomiska prestationsincitament. För en producent som ersätts prospektivt per period både för sin egen arbetsinsats och för övriga produktionskostnader finns incitament att försöka minska sina kostnader. Vid komplicerade arbetsuppgifter där det är svårt att mäta resultat eller åtgärder på ett bra sätt kan ersättning per period fungera bättre än prestationsersättning. En annan viktig fördel med ersättning per period är att den innebär en förhållandevis bra kostnadskontroll.

2.3 Ersättningsprinciperna tillämpade i hälso- och sjukvården

Utgångspunkten i detta avsnitt är även här de tre dimensionerna; aktivitetsgrad, tidsperspektiv och objekt. Beskrivningen följer mönstret från föregående avsnitt, men är här inriktad på hälso- och sjukvårdsområdet (se tabell 1). Noteras bör att det är svårt att systematisera ersättningsprinciper då ett specifikt sätt att ersätta inom hälso- och sjukvårdsområdet kan utgöra blandformer av grundprinciperna.

Tabell 1. De tre ersättningsdimensionerna och exempel på applikationer inom hälso- och sjukvårdsområdet.

1. Aktivitetsgrad (Lönar det sig att producera mer?)	Rörlig ersättning			Fast ersättning		
	Retrospektiv	Prospektiv		Retrospektiv	Prospektiv	
2. Tidsperspektiv (Lönar det sig att hålla igen på kostnaderna?)						
3. Objekt (Vad ersätts?)	Åtgärd	Åtgärd	Resultat	Period	Period	Individ
Exempel från hälso- och sjukvården	- Fee för service där vårdproducenten själv räknar ut priset t.ex. tidigare ersättning per vård dag för utomlänspatienter	- Ersättning per operation, besök, analys etc. - Ersättning per produktgrupp t.ex. DRG	- Intermediära resultat t.ex. hur väl man lyckas kontrollera blodtryck - Slutgiltiga resultat t.ex. mortalitet, morbiditet och livskvalitet - Mårelaterad ersättning	Fast retrospektiv ersättning i renodlad form finns inte men traditionellt anslag är en fast ersättning med både prospektiva och retrospektiva inslag. Traditionellt anslag budgeteras i förväg men historiska kostnader har betydelse för anslaget storlek	- Månadslön - Anslag som bestäms i förväg	- Kapitation

Aktivitetsgrad

Fast och rörlig ersättning kan förekomma både till enskilda vårdproducenter och till grupper av vårdproducenter, där gruppens storlek kan variera ända upp till hela sjukhus. Dessa två nivåer (enskilda vårdproducenter respektive grupper av vårdproducenter) betecknas ibland mikro- respektive makronivå. Incitament blir ofta tydligare och kraftigare på mikronivå men i grunden är det ofta samma mekanismer som verkar på båda nivåerna. Jag har därför valt att i denna rapport låta uttrycket vårdproducent representera både enskilda vårdproducenter och grupper av vårdproducenter om inte annat anges. Skillnaden mellan fast och rörlig ersättning utgörs av ersättningens koppling till vårdproducentens produktion. Vid rörlig ersättning ökar vårdproducentens ersättning i takt med den ersättning som utgår vid produktion av en extra enhet. Om den positiva skillnaden mellan marginalintäkten och marginalkostnaden är stor finns starka

ekonomiska incitament att producera mycket. Även om detta oftast är bra, finns risken att producenter inom hälso- och sjukvårdssektorn utför vård som medför små eller inga positiva hälsoeffekter.

Vid fast ersättning blir det istället för ökad produktion ekonomiskt intressant att minska produktionskostnaderna genom att producera färre vård dagar eller avsätta mindre tid för konsultation. Här finns således ekonomiska incitament för försämrad vårdkvalitet. Dessutom skulle fast ersättning kunna få till följd att vissa patienter inte erbjuds vård i rimlig utsträckning. Detta skulle då framförallt gälla resurskrävande patienter. Fast ersättning ger generellt sätt vårdgivarna mindre möjligheter att påverka sin inkomst.

Vilka incitament som uppkommer i de olika systemen beror också på vilken typ av aktivitet som ersättningen reglerar. Antag att en beställare som för att öka produktiviteten inom ett sjukhus inför rörlig ersättning i form av ersättning per vård dag. Syftet är att ge incitament till högre utnyttjandegrad och behandling av fler patienter. Problemet är att det kan vara både enklare och billigare att öka utnyttjandegraden genom att låta varje patient stanna längre tid på sjukhuset istället för att behandla fler patienter. Oftast finns i ersättningsystemen både fasta och rörliga delar beroende på vilken nivå som studeras. Ett fast ersättningsystem på makronivån kan vara rörligt på mikronivån. Exempelvis kan ett sjukhus ha en fast ersättning per år medan avdelningarna ersätts efter antal aktiviteter. Ett alternativt sätt att se på fasta respektive rörliga ersättningar är att undersöka om systemet uppmuntrar till att producera mer. En läkare med månadslön eller ett sjukhus med fast anslag (budgetram) har inga möjligheter att påverka sina intäkter genom att producera mer (marginalintäkten är lika med noll). Ett sådant system är således att betrakta som fast. Detta innebär att finansiären har kontroll på den totala kostnaden eftersom den fastställs i förväg. Emellertid kan budgetar överskridas så någon garanti för total kostnadskontroll innebär inte en fast budget. Genom att införa sanktioner vid överskridande av budget kan kostnadskontrollen förstärkas.

Rörlig ersättning på mikronivå i kombination med ett system utan budget på makronivå kan få sjukvårdskostnaderna att skjuta i höjden. Detta har medfört att intresset för fasta ersättningar åter ökat hos de landsting som under 1990-talet införde prestationsersättning. En möjlighet att bibehålla rörlig ersättning är att låta ersättningen vara rörlig på mikronivå men att de totala kostnaderna kontrolleras via budget på makronivå. Vårdproducenterna blir på så sätt belönade för ökad produktion men vet inte på förhand hur mycket ersättning de får per producerad enhet eftersom detta också beror på hur mycket andra vårdgivare producerar. Om budgettaget uppnås i en period kan en vårdproducent i nästa period endast öka sin inkomst om denne ökar sin produktion mer än andra. Systemet som använts i Tyskland (Siverbo & Kastberg 2005) innebär stor

osäkerhet för vårdproducenterna gällande ersättningen per producerad enhet och de totala inkomsterna. Bristen på tydliga spelregler kan bli ett problem.

Tidsperspektiv

Prospektiv och retrospektiv ersättning kan förekomma både på mikro- och makronivå. För en avdelning inom slutenvården kan retrospektiv ersättning exempelvis utgå per producerad vård dag. Genom att beräkna avdelningens kostnader för föregående år och dela den med antal vård dagar erhålls en kostnad per vård dag. Denna kostnad (ofta inflationsjusterad) multiplicerad med antalet vård dagar innevarande år utgör sedan årets intäkt för avdelningen i fråga. Om kostnaderna stiger kommer det att återspeglas i beräkningen för nästa år. Föregående års inflationsjusterade totalkostnad är ett retrospektivt sätt att ersätta sjukhus för deras verkliga kostnader. Eftersom kostnaderna ersätts fullt ut är sjukhuset och dess vårdgivare knappast intresserad av att hålla ner kostnaderna. Om en avdelning som ersätts fullt ut retrospektivt har att besluta om att öka de anställdas produktivitet eller att nyanställa är incitamenten att nyanställa starkare än incitamenten att öka produktiviteten.

Prospektiv ersättning ger istället incitament till att hålla ner kostnaderna och innebär en bättre kontroll av kostnadsnivån. Inom hälso- och sjukvården kan därför denna typ av ersättning vara attraktiv för finansören. Om den prospektiva ersättningen inte räcker får vårdproducenten stå för den uppkomna förlusten antingen fullt ut eller delvis. Riskerna finns dock att vårdproducenterna, på grund av incitamenten att hålla ner kostnaderna, vill reducera dessa i så stor utsträckning att vårdresultatet kan påverkas negativt. Exempel på ett sådant fenomen är tidigare utskrivning av patienter än brukligt, för att på så sätt hålla ner kostnaderna. Problem uppkommer också om lönsamheten skiljer sig mellan olika åtgärder. Prospektiv ersättning ger incitament att välja de billigaste behandlingarna eller de förväntat minst kostnadskrävande patienterna vilket sannolikt ofta kan vara både ineffektivt och orättvist. Riskerna för negativa effekter av detta slag är mindre om avvikelsen mellan den prospektiva betalningen och den verkliga kostnaden för respektive behandling är liten. Optimalt är att ersättningen är kostnadsneutral för olika vårdtjänster. När så är fallet finns det inga incitament att försöka ”plocka russin ur kakan” eftersom vårdgivaren tjänar lika mycket på varje tillkommande behandling. Idealet är alltså att försöka att sätta ersättningsnivån i nivå med den förväntade marginalkostnaden. Som hjälpmedel för att hitta denna marginalkostnad analyseras t.ex. vilken typ av vård det handlar om, vilket typ av vårdgivare som är aktuell och vilken typ av patienter ersättningen gäller för. Ersättningsnivån beräknas sedan utifrån ett medel- eller medianvärde bland alla vårdgivare. Trots specificering vid fastställandet av den prospektiva ersättningen kan det vara svårt att träffa rätt eftersom det alltid förekommer variationer. En risk är också

att vissa sjukhus systematiskt ”drabbas” av patienter med höga kostnader. En lösning på det problemet skulle kunna vara att ersättningsnivån beräknas via medelvärdet för en grupp vårdinrättningar med likartade förutsättningar. Systemet blir rättvisare ju mer lika varandra vårdinrättningarna är och i förlängningen ju mindre antal vårdinrättningar som finns med i beräkningen. Men i takt med att antalet ingående sjukvårdsinrättningar sjunker minskar också incitamenten för att reducera kostnaderna. Slutligen, om en vårdinrättningsgrupp endast består av en vårdgivare blir ersättningssystemet retrospektivt. Bland prospektiva ersättningsprinciper finns exempelvis ersättning per åtgärd, ersättning baserad på produktgrupper och kapitation.

Objekt

Objektet eller vad som ersätts har tidigare delats in i grupperna åtgärd, resultat, individ eller period. I tabell 1 beskrivs hur dessa grupper förhåller sig till fast/rörlig- respektive och retrospektiv/prospektiv ersättning.

Åtgärd

Ersättning per åtgärd är en rörlig ersättningsform som antingen kan vara prospektiv eller retrospektiv. Den ersättningsprincip som använts i stor omfattning i USA och benämns ”fee for service” är exempel på en retrospektiv ersättning per åtgärd. Ersättningen liknar ersättning på löpande räkning⁵ men skillnaden är att vårdproducenten själv sätter priset. Om kostnaden ökar, ökar vårdproducenten också priset. För att produktion ska vara intressant hamnar priset på en nivå där marginalintäkten är högre än marginalkostnaden. Detta ger incitament att öka produktionen men inga incitament att hålla igen på kostnaderna. Incitamenten till ökad produktion ger i förlängningen incitament till ökad kundorientering och tillgänglighet eftersom vårdproducenten är beroende av patienter för att kunna producera många åtgärder. En följd av detta blir ökade totala kostnaderna för finansären. Risker finns också att det i ett ekonomiskt perspektiv produceras för mycket vård. För mycket vård produceras om ersättningsprincipen leder till åtgärder där värdet av hälsoeffekten är lägre än kostnaderna för vårdinsatsen.

⁵ Vid ersättning på löpande räkning är de ekonomiska incitamenten både vad gäller produktion och kostnadsbesparing obefintliga. Kostnaderna ersätts fullt ut och förtjänstens storlek är oberoende av produktion och kostnader. I ett ekonomiskt perspektiv är det därför i princip ointressant för producenten hur mycket som produceras och vad det kostar. Denna ersättningsprincip är p.g.a. detta ovanlig i dagens hälso- och sjukvård, men kan ha ett berättigande när osäkerheten är extremt stor. Exempel på ett sådant område skulle kunna vara ambulansverksamhet. Ersättning på löpande räkning och anslag baserat på historiska kostnader liknar varandra. Skillnaden ligger i hur snabbt producenten ersätts för de uppkomna kostnaderna. Anslag baserat på historiska kostnader är ett vanligt sätt att ersätta inom hälso- och sjukvården. Oftast är det dock inte bara historiska kostnader som ligger till grund för ersättningen.

Genom att ersätta åtgärder prospektivt ökar incitamenten att försöka hålla ner kostnaderna jämfört med den retrospektiva ersättningen per åtgärd. Ett generellt problem vid ersättning per åtgärd är att uppnå kostnadsneutralitet mellan olika åtgärder. Eftersom vissa åtgärder sannolikt kommer att ersättas bättre än andra, men hänsyn till arbetsinsats och övriga kostnader, kommer ersättningssystemet att ge incitament att anpassa innehållet i vården till detta. Det finns inget som säger att denna styrning sammanfaller med det som är optimalt för patienten. De vårdstyrande effekterna är störst vid prospektiv ersättning per åtgärd. Dessa effekter kan då uppstå både vad gäller det absoluta beloppet och dess relation till andra åtgärder. Eftersom utvecklingstakten inom hälso- och sjukvården ofta är hög ändras, som en följd av det, relativvärdet mellan olika åtgärder över tiden. Risken finns därför att denna ersättningsprincip konserverar gamla värderingar och på så sätt motverkar en effektiv resursanvändning. Genom att incitament ges till att både spara på kostnader och producera så mycket som möjligt, kan sänkt kvalitet bli en följd av denna ersättningsform.

Ersättning per vård dag är en typ av ersättning per åtgärd. En vård dag innefattar då en mängd olika åtgärder. I detta liksom i många andra system spelar läkarna en viktig roll för sjukhusets intäkter eftersom de sätter diagnoser och tar beslut om patienter ska skrivas in och när de ska skrivas ut. Ersättningen per vård dag kan vara antingen retrospektiv eller prospektiv. Är ersättningen prospektiv, d.v.s. utgörs av ett i förväg fastställt belopp per vård dag, finns det incitament för producenten att minska kostnaderna per vård dag och öka antalet producerade vård dagar.

En produktgrupp innefattar liksom en vård dag en mängd olika åtgärder. Ersättning per produktgrupp bygger på en kombination av diagnos och de åtgärder diagnosen kräver. Den indelning som då åstadkoms ligger till grund för produktgrupperna. Som tidigare berörs minskar risken för negativa effekter av prospektiva ersättningssystem om ersättningen i så stor utsträckning som möjligt motsvarar kostnaden. Ersättningssystemet blir då mera kostnadsneutralt och vinsten av att välja vissa lönsamma åtgärder minskar. Detta i kombination med ökade kontrollmöjligheter är viktiga delar av syftet med bildandet av produktgrupper. Produktgrupperna består av ”paket” med åtgärder av likartat medicinskt innehåll vilket minskar vårdgivarens möjligheter att välja ut lönsamma åtgärder. De kan således ses som en utvecklad form av ersättning per åtgärd. Ersättningen för en produktgrupp fastställs genom att från föregående bokslut summera alla vårdgivares kostnader för den aktuella produktgruppen och sedan räkna ut en medelkostnad. Denna medelkostnad med inflationsjustering ligger sedan till grund för ersättningen kommande år. Detta förfarande medför att de olika produktgrupperna blir relativt kostnadsneutrala i jämförelse med varandra.

Den mest kända metoden att klassificera produktgrupper är diagnosrelaterade grupper (DRG). DRG systemet utvecklades ursprungligen som ett verktyg för att förbättra vårdkvalitet och underlätta styrning. Medicare i USA började använda systemet som ersättningsgrund 1983. Varianter av detta klassificeringssystem använd idag i Sverige liksom i många andra länder.

Användandet av produktgruppens inflationsjusterade medelvärden som underlag för produktgruppsrelaterad ersättning medför att det finns en risk för att denna ersättningsprincip är kostnadsdrivande när produktgruppen är relativt sällsynt och det bara finns en eller ett par kliniker som arbetar med den. Om antalet utövare är få får systemet karaktären av retrospektiv betalning. Om det exempelvis bara finns en utövare kommer dennes ökade kostnader att fullt ut slå igenom i den framtida ersättningen. Att använda produktgrupper som underlag för ersättning kan även vara kostnadsdrivande vid ett stort antal utövare. Om de utövare som ligger under medelkostnaden har möjlighet att välja mellan att öka sina kostnader eller att leverera överskottet till en finansiär kommer de sannolikt att välja att öka sina kostnader. Om samtidigt de som ligger över medelkostnaden inte tillåts öka sin produktion och inte heller klarar att minska sina kostnader byggs en kostnadsdrivande effekt in i systemet (Heland m.fl. 2002). Ett alternativ är då att istället för att använda medelkostnaden som ersättningsnivå välja en ersättning motsvarande den vårdgivare som har lägst kostnad. Problemet med detta är att vårdgivarna på så vis aldrig uppnår full kostnadsteckning. Motivationen att jaga kostnader eroderas till slut.

System som bygger på produktgruppsrelaterad ersättning kan manipuleras på olika sätt. Eftersom den produktgruppsbaserade ersättningen motsvaras av en genomsnittlig kostnad, blir patienter som kostar mindre än genomsnittet lönsamma, samtidigt som patienter som kostar mer än genomsnittet blir kostsamma. Det finns därför en risk att vinstmaximerande vårdgivare försöker inrikta sin verksamhet på patienter med förväntat lägre kostnader (friskare patienter). Några få patienter med extrema kostnader kan dessutom störa beräkningen av medelkostnaden. Extremkostnader brukar därför ersättas utanför systemet. Diagnosglidning mot produktgrupper med högre intäkt kan också vara ett potentiellt problem. Ett sätt att förebygga denna typ av manipulation kan vara medicinsk revision där diagnossättningen granskas av erfarna läkare. Även andra former av ”kreativ” registrering är möjlig. Det är t.ex. mer lönsamt att rapportera kostnader på de produktgrupper som kliniken är relativt ensamma om eftersom dessa kostnader i större utsträckning kommer att slå igenom i ökad ersättning i framtiden, samtidigt som det är intressant att hålla ner kostnaderna för de produktgrupper som är vanliga.

Produktgruppsersättning är mer komplicerad än många andra ersättningsprinciper. Systemet uppfattas ibland som mekaniskt och svårt att förstå.

Användarna kan ”fastna” i systemet vilket medför att det blir svårt att styra resurserna på något annat sätt än det som systemet räknar fram. Utrymmet för vårdideologiska intentioner och prioriteringar mellan patientgrupper försvinner.

Att systemet är komplicerat i sin konstruktion medför också att det kan uppstå problem som inte har med grundprinciperna att göra utan hänger ihop med praktiska tillkortakommanden⁶. Produktgruppsystemets grundprincip är att det ska utgå från faktiska kostnader. Om vissa kostnader inte tillåts slå igenom i den produktgruppsbaserade ersättningen uppstår ett tryck i systemet. Genom detta kommer den styrning av resurserna som den produktgruppsbaserade ersättningen innebär, inte att stämma överens med de verkliga kostnaderna. Systemet eroderas och upphör då att fylla en meningsfull funktion. En mer naturlig konsekvens av systemets utformning är att det tar upp till två år innan en kostnadsförändring får genomslag i resursfördelningen. Därför måste nya vårdmetoder som medför högre kostnader hanteras vid sidan om det ordinarie systemet till dess det finns underlag för att kunna väga in den förändrade kostnaden i produktgruppen. För symmetriens skull måste då också kostnadsminskningar hanteras på samma sätt så dessa också får omedelbar genomslagskraft. I detta perspektiv är det också viktigt att nya kostnadskrävande investeringar hanteras i en dialog mellan beställare och producent eftersom producenten ofta har små incitament att hålla nere denna typ av kostnadsökningar. Ett problem av redovisningsteknisk karaktär är att vissa vårdproducenter inte har full vetskap om produktionskostnaderna. Incitamenten till ökad output vid prospektiv ersättning per produktgrupp är verkningsfull endast om ersättningen överstiger vårdgivarens marginalkostnad. Om vårdproducenten inte vet vad produktgruppen i fråga kostar fungerar således inte de ekonomiska incitamenten som det är tänkt.

Resultat

Ersättning per åtgärd och produktgrupp är principer som inte direkt berör det resultat som önskas utan mer är inriktade på processen som krävs för att nå målet⁷. Det är ett problem om processen är ointressant för köparen, och att det istället är resultatet som denne egentligen betalar för. Att koppla ersättningen till resultatet verkar därför mer adekvat än att koppla ersättningen till processen.

Istället för mått som mäter delar i sjukvårdsprocessen används här med fördel intermediära resultatmått som t.ex. hur väl man lyckas kontrollera blodtryck och blodsocker eller mer slutgiltiga resultatmått som t.ex. mortalitet, morbiditet och livskvalitet. Denna typ av mått överensstämmer bättre med hälso- och

⁶ De följande exemplen på detta är hämtade från Heland (2002).

⁷ Detta gäller även kapitation.

sjukvårdens övergripande mål, d.v.s. att åstadkomma god hälsa hos befolkningen, än mått som mäter delar av processen.

I praktiken utgår den resultatbaserade ersättningen ofta i form av bonus till berörda läkare, grupper av läkare, avdelningar eller sjukhus när dessa gör framsteg eller uppnår speciellt uppställda mål avseende kvalitet och effektivitet. Svårigheten att mäta resultatet av en vårdinsats medför att den resultatbaserade bonusen ofta grundas på flera olika delmål. Resultatbaserad ersättning kallas därför ofta för målrelaterad ersättning inom hälso- och sjukvården. Ersättningen är prospektiv, vilket i praktiken betyder att en viss förutbestämd bonus utgår om målen uppfylls.

Förhoppningen hos den resultatbaserade ersättningens förespråkare är att användning av denna typ av ersättning inom hälso- och sjukvårdsområdet ska öka kvaliteten, öka samarbetet, minska kostnaderna och leda till en ökad helhetssyn jämfört med andra ersättningssystem (Henley 2005). Även här kan dock problem uppstå. När ersättningen grundas på en gruppens prestation betyder enskilda vårdgivare lite för det totala resultatet och incitamenten för varje individ blir därför små. Huruvida den resultatbaserade ersättningen tränger undan annat som inte ersätts inom ramen för resultat är ett annat presumtvt problem. Undanträngningen påverkas sannolikt av om nya resurser tillförs för att finansiera den resultatbaserade ersättningen eller om finansieringen sker genom omfördelning av befintliga resurser. I det senare fallet kan vårdproducenten av ekonomiska skäl bli tvungen att minska aktiviteten inom de områden där resurstilldelningen minskat parallellt med att aktiviteten ökas inom de områden där resultatbaserad ersättning införts. Detta är en fråga som diskuterats mycket i USA. Här finns förstås en intressekonflikt mellan vårdgivare och finansiärer (försäkringsbolag). Trots ovan nämnda spörsmål är sannolikt det största problemet med resultatbaserad ersättning att hitta rätt antal och typ av mått som kan användas som underlag till ersättningen. Här krävs att det finns adekvata indikatorer som är lätta att mäta och som har ett starkt samband med patienternas hälsa. För att uppnå prestationshöjande effekter krävs också att ersättningen baseras på kvalitetsförbättringar över tiden och inte bara på miniminivåer som ska uppnås för att kvalificera sig för ersättningen. Empiriska experiment har i det senare fallet visat att miniminivåer inte ökar kvaliteten utan endast belönar de som redan har hög kvalitet (Rosenthal m.fl. 2005). American Medical Association presenterar på sin hemsida omfattande riktlinjer som de anser skall beaktas vid införande av resultatbaserad ersättning⁸.

⁸ Riktlinjerna finns på (<http://www.amaassn.org/ama1/pub/upload/mm/368/guidelines4pay62705.pdf>). Tillgänglig 20051031

Individ

Inom hälso- och sjukvården är ersättning baserad på individ starkt förknippad med kapitation. I kapitationssystem erhåller vårdproducenten en ersättning per person som denne har ansvar för. Ersättningen beräknas även här oftast på årsbasis. Vårdgivarens intäkt beror således inte på aktivitetsgrad eller kostnader utan endast på hur många patienter som denne har ansvar för. För att även ta hänsyn till förväntade kostnader beräknas ofta populationens (de listade patienternas) vårdtyngd. Vårdtyngden vägs in via ett index som sedan används för att beräkna ersättningsnivån. Detta index justeras exempelvis efter åldersstruktur och socioekonomiska faktorer hos populationen. Att kapitationsersättningen är prospektiv är odiskutabelt men om den är fast eller rörlig kan diskuteras. Den är fast i förhållande till aktivitetsgrad, men när vårdgivaren har möjlighet att påverka ersättningens storlek via antalet listade patienter, så är den i viss mån rörlig. Hur rörlig den kan anses vara beror i sin tur på hur lätt det är för patienterna att byta vårdgivare och om patienterna informeras om olika vårdgivares kvalitet och servicegrad.

I fråga om incitament skiljer sig kapitation från ersättning per åtgärd eller produktgrupp genom att vårdgivaren inte ersätts extra om patienten söker vård flera gånger under en period (ett år). Vårdgivare som ersätts via kapitation kan därför antas vara mer intresserade av att minska kostnaderna per patient t.ex. genom att rationalisera bort oberättigad vård. Systemet genererar incitament för prevention och hälsokontroller om dessa åtgärder bedöms kostnadseffektiva, d.v.s. om dessa åtgärder bedöms minska framtida vårdkostnader i större utsträckning än vad de kostar. Detta förutsätter dock att kapitationsersättningen förväntas pågå under än lägre period. Om patienter förväntas byta läkare ofta minskar incitamenten för vårdgivaren att ”investera” i patienten. Fördelar med kapitation är att vårdfinansieraren redan i förväg vet vad vården kommer att kosta och att det är lättadministrerat. Systemet kräver ingen extra redovisning utöver vilka patienter som är anslutna till läkaren. Om patienterna kan välja vårdgivare fritt finns också incitament till ökad vårdkvalitet, eftersom hög kvalitet kan innebära fler anslutna patienter. Det kan finnas risk att vårdgivaren försöker bli av med patienter med förväntat höga vårdkostnader vilket i förlängningen kan försvåra tillgängligheten av vård för patientgrupper som kräver mycket vårdresurser. En lösning på detta problem kan vara att differentiera ersättningen i förhållande till förväntad vårdtyngd. En extra ersättning kan också utgå till speciella områden. Det kan dock vara svårt att träffa rätt med denna typ av kompensation. Att inte tillåta vårdgivare att neka patienter tillträde kan vara en annan lösning på problemet. Eftersom vårdgivare kan minska sina egna kostnader genom att remittera patienter vidare kan detta också vara ett problem. Om kapitation i primärvården möts av ersättning per åtgärd inom sjukhusen finns incitament till remittering både i primärvården och inom sjukhusen eftersom kostnadsövertäckningen innebär minskade kostnader hos den som

skickar patienten vidare och ökad intäkter hos den som tar hand om patienten. I slutänden får då finansären betala kostnaden för patienten två gånger. Utöver samordning av ersättningssystemen inom olika områden kan detta motverkas t.ex. via en avgift i kapitationssystemet för remitterade patienter. Kombinationen av incitament att skicka patienter vidare och att hålla ner sina egna kostnader genom att inte tillhandahålla kostsam vård, skulle i extremfallet kunna innebära att t.ex. primärvård som ersätts med kapitation endast blir en inrättning för att slussa patienterna vidare.

Kapitation är en ersättningsprincip som kan fungera bra vid komplexa arbetsuppgifter, där både arbetsuppgiftens totala resultat och dess enskilda delar är svåra att mäta och värdera. Inom hälso- och sjukvården är kapitation en vanlig ersättningsform inom primärvården.

Geografisk kapitation är en variant på den kapitationsform som beskrivits ovan. Istället för att som vid anslutningsbaserad kapitation betala per ansluten patient betalas här efter antalet patienter i upptagningsområdet oberoende av om de är anslutna. Geografisk kapitation kan användas där vårdtagarna inte har möjlighet att välja vårdgivare eller för att minska vårdgivarnas risker i det vanliga anslutningsbaserade kapitationssystemet. Det finns likheter mellan systemen men vid geografisk kapitation har inte vårdproducenten någon möjlighet att påverka sina intäkter.

Period

Ersättning per period handlar inom hälso- och sjukvårdsområdet mycket om olika former av anslag. Anslaget kan principiellt vara baserat på historiska kostnader (retrospektivt) eller fastställt i förväg (prospektivt). Dessa två ytterligheter beskrivs nedan, men vanligen är anslag på makronivå ett mellanting mellan dessa. Egentligen handlar det ofta om att försöka bedöma hur mycket resurser en verksamhet behöver för att fungera på ett tillfredställande sätt. Historiska kostnader har stor betydelse i denna bedömning, men i praktiken är det viktigt att även väga in andra saker. Exempel på omständigheter som kan användas som argument för att mer resurser behövs är t.ex. långa köer, ny kostsam medicinsk teknologi och att behovet av den vård som produceras är stort.

När vårdproducenter ersätts via ett i förväg fastställt anslag får dessa en klumpsumma för den vård de förväntas tillhandahålla under en viss period. Ersättningens storlek beror då varken på aktivitetsgrad, antal patienter eller faktiska kostnader. Den enskilde vårdgivaren kan inte påverka verksamhetens överskott genom att producera mer och finansären vet i stort sett redan i förväg hur mycket vården kommer att kosta. Fast månadslön till läkare där lönen är

oberoende av produktion och kvalitet är ett exempel på denna typ av anslagsfinansiering på individnivå. Som framgått kan flera olika ersättningsprinciper fungera samtidigt men på olika nivåer i eller delar av systemet. En klinik kan exempelvis erhålla ersättning per produktgrupp medan personalen ersätts med fast lön.

Anslagets storlek kan alternativt fastställas med utgångspunkt från data relaterade till resursåtgång (t.ex. antal vårdplatser eller läkare). Denna typ av ersättningssystem är retrospektivt när ersättningen fastställs med utgångspunkt från tidigare totala kostnader.

De incitament som skapas via anslagsfinansiering skiljer sig åt beroende på om vårdgivaren kan påverka framtida ersättningsnivåer. I förväg fastställda anslag där ökade kostnader inte påverkar de framtida anslagen ger incitament till kostnadsbesparing. När anslaget förväntas påverkas av historiska kostnader har vårdgivaren incitament att vidmakthålla eller öka kostnaderna eftersom det leder till opåverkade eller ökade anslag. De som sparar bestraffas således med minskade anslag. Här finns också risk för kreativ bokföring för att få behålla budgeterade medel. Systemet innehåller inga ekonomiska incitament för ökad kvalitet.

Samstämmighet mellan mål och ekonomiska incitament

Som redan berörts är det primära syftet med ekonomiska incitament att få enskilda individer eller medlemmar i en organisation att dra åt rätt håll. Att dra åt rätt håll innebär inom hälso- och sjukvårdsområdet att de som är verksamma här ska sträva efter de mål som finns inom verksamhet. Det övergripande målet i sjukvården är att åstadkomma en god hälsa hos hela befolkningen. Detta mål är dock både diffust och svårt att operationalisera. Mer preciserade och operationaliserbara mål behöver fastställas för att kunna styra en organisation. Nedan ges exempel på några mål som brukar anses viktiga i ett hälso- och sjukvårdssammanhang och därför också är intressanta att jämföra med de ekonomiska incitament som olika ersättningsprinciper genererar:

- **Hög produktivitet**
 - Hög produktion ”outputs”, såsom läkarbesök, diagnostik och behandlingsåtgärder.
 - Låga produktionskostnader ”inputs”. såsom arbetstid, förbrukningsmaterial, bäddar.
- **Hög vårdkvalitet**
- **God patientservice** - Vårdgivaren ska vara uppmärksam på patienters preferenser och behov.

- Neutrala patient/åtgärds val – Det ska inte löna sig bättre att göra vissa åtgärder eller att behandla vissa patienter. I ett ekonomiskt neutralt ersättningssystem lönar det sig således inte att ”plocka russen ur kakan”.
- Adekvat mängd vård ska tillhandahållas - Vårdgivaren ska varken över eller underbehandla patienter. Dessutom ska vårdens omfattning vara rätt avpassad i varje typ av verksamhet, d.v.s. varken för mycket eller för lite olika sorters aktiviteter ska erbjudas.

Exempel på andra viktiga mål kan vara; samarbete, användande av erkänt effektiva metoder, tillgänglighet och mål som har med rättvis fördelning att göra. Ur sjukvårdsadministrativ synvinkel är det också bra om ersättningssystemet är enkelt och överblickbart och dessutom ger ökad kvalitet i vårddata, vilket i sin tur underlättar analys och uppföljning och skapar enhetlighet och jämförbarhet.

För finansären/huvudmannen är det dessutom viktigt att ha god kostnads-kontroll.

Jag har visat att olika ersättningsprinciper ger upphov till olika incitament. För att det ska vara lättare att jämföra hur olika ersättningsprinciper påverkar incitamenten presenteras en översikt i tabell 2. Tabellen sammanfattar de ekonomiska incitament som olika ersättningsprinciper ger upphov till i förhållande till de mål som beskrivits ovan. Syftet med tabellen är dessutom att visa hur den klassificering som beskrivits i texten kan användas för att analysera en ersättningsprincip. De incitament som klassificeringen vittnar om avseende hög produktion och låga produktionskostnader (redovisas under klass i tabellen) jämförs med analyser från litteraturen (redovisas under litt i tabellen). Övriga incitament i tabellen är en sammanvägning av uppgifter från litteratur i ämnet (SOU 1996:91; Barnum m.fl. 1995; WHO 2000; Robinson 2001; Lundbäck 2002; Jegers m.fl 2002; Baint Health Purchasing 2002; Waters & Hussey 2004). Tabellen som bygger på förenklade antaganden beskriver de grundläggande ersättningsprinciperna. I praktiken finjusteras dessa och små förändringar kan medföra att incitamenten förändras. Ett annat förenklat antagande är att vårdproducenten har som mål att maximera sitt finansiella överskott. Naturligtvis har vårdproducenten även andra mål. Läkaryrket omgärdas t.ex. av professionella etiska koder som kan tolkas som att de ekonomiska incitamenten i liten utsträckning bör påverka läkarens verksamhet. Det är således oklart i vilken utsträckning ekonomiska incitament påverkar den praktiska verksamheten. Det är dessutom inte säkert att vårdproducenten kan påverka vårdvolym och vårdstruktur även om denne vill. De slutgiltiga effekterna av ersättningsprinciper är därför inte bara en fråga om teoretisk analys, utan måste också bygga på empiriska erfarenheter. Trots nackdelarna är

det lättare att diskutera olika ersättningsprincipers för och nackdelar med utgångspunkt från en sådan här sammanställning.

Utgångspunkten är de tre klassificeringsdimensioner som beskrivits i texten; aktivitetsgrad, tidsperspektiv och objekt. De incitament som redovisas är incitament för; hög produktion, låga produktionskostnader, hög vårdkvalitet, god service och om det finns incitament för ”cream skimming”⁹. Tabellen är konstruerad så att plustecken står för önskade incitament medan minustecken står för oönskade incitament i förhållande till de mål som rimligen bör finnas inom hälso- och sjukvården. Kostnads kontroll har också tagits med i en egen kolumn. Detta är egentligen inte ett mål för verksamheten, men att ha kontroll över kostnaderna är ändå viktigt för en organisation.

De incitament som kan härledas från den klassificering som beskrivits har hämtats från nedanstående schema som är en sammanfattning av figur 1. Sammanfattningen är gjord för att erhålla plus och minustecken för önskade respektive oönskade incitament.

Figur 2. Incitament som kan härledas från klassificering i aktivitetsgrad och tidsperspektiv.

Tidsperspektiv Aktivitetsgrad	Retrospektiv	Prospektiv
Rörlig	Hög produktion + Låga produktionskostnader -	Hög produktion + Låga produktionskostnader +
Fast	Hög produktion - Låga produktionskostnader -	Hög produktion - Låga produktionskostnader +

+ + starka incitament för; + incitament för; 0 inga tydliga incitament; - motverkande incitament; - - starka motverkande incitament

Varje ersättningsprincip kommenteras i texten efter tabell 2 och läsaren rekommenderas att läsa denna som komplement och förklaring till tabellens värden.

⁹ Engelskt uttryck som på svenska motsvaras av uttrycket ”plocka russinen ur kakan”.

Tabell 2. Ekonomisk incitamentstruktur för olika ersättningsprinciper.

Objekt	Aktivitets-grad	Tids-perspektiv	Ger incitament för*							Kostnads-kontroll
			Hög produktion		Låga produktions-kostnader		Hög vård kvalitet	God service	Risk för "cream skimming**"	
			klass	litt	klass	litt				
Åtgärd: Fee for service	Rörlig	Retrospektiv	+	++	-	-	0	++	Låg risk	--
I förväg fastställd ersättning per åtgärd	Rörlig	Prospektiv	+	++	+	+	-	+	Hög risk	-
Ersättning per produktgrupp (t.ex. DRG)	Rörlig	Prospektiv	+	+	+	+	-	+	Risk	-
Resultat: Målrelaterad ersättning	Rörlig	Prospektiv	+	+	+	+	++	+	Risk	+
Individ: Kapitation (Utan konkurrens)	Fast	Prospektiv	-	--	+	++	-	--	Hög risk	++
Period: Traditionellt anslag	Fast	Prospektiv/ Retrospektiv	-	-	0	-	-	-	Ingen risk	+

* ++ starka incitament för; + incitament för; 0 inga tydliga incitament; - motverkande incitament; -- starka motverkande incitament

** Cream skimming motsvaras av det svenska uttrycket "plocka russinerna ur kakan"

Ersättning per åtgärd

Fee for service

Ersättning per åtgärd som den utformades utformades i USA, är en rörlig retrospektiv ersättning per åtgärd. Enligt klassificeringen ger den incitament till ökad produktion och incitament att öka kostnaderna. I litteraturen (WHO 2000; Barnum m.fl. 1995; Waters & Hussey 2004) menar man att fee for service ger kraftigt ökad produktion p.g.a. incitament att utföra så mycket åtgärder som möjligt. Dessa incitament gör att det blir intressant att utföra så många åtgärder som möjligt per patient vilket innebär incitament till ökande produktions-kostnader. Eftersom kostnaderna ersätts i efterskott bör denna princip inte ge incitament till minskad kvalitet, men det finns heller inga incitament till hög kvalitet. En risk i kvalitetshänseende finns dock eftersom vårdproducenten både har en vårdande och rådgivande roll. Denne kan via sin rådgivande roll påverka efterfrågan på vård¹⁰. En ersättningsprincip som belönar antalet åtgärder kan därför locka vårdproducenten att producera mer vård än vad patienten egentligen

¹⁰ Detta fenomen benämns supplier induced demand (SID).

efterfrågar¹¹. Incitament till hög output (kortare köer) i kombination med överskottets beroende av att kunna locka patienter till sig (för att kunna utföra många åtgärder) ger sammantaget incitament till god patientservice. Kostnadstäckning i efterskott innebär att det inte finns några stora vinster att hämta på att försöka välja bort vissa patienter. Det är dock i praktiken ofta omöjligt att ersätta alla åtgärder som bör utföras. Åtgärder som faller utanför ersättningssystemet kan därför komma att bedömas som olönsamma och väljas bort. Vid retrospektiv ersättning per åtgärd har finansören varken kontroll på kostnaderna per åtgärd eller på mängden utförda åtgärder.

I förväg fastställd ersättning per åtgärd

Genom att i förväg fastställa de priser som ska gälla vid ersättning per åtgärd blir ersättningen rörlig och prospektiv. Enligt klassificeringen finns då både incitament till hög produktion och låga produktionskostnader. Litteraturen är ense om att denna typ av ersättning ger incitament till hög produktion (Barnum m.fl. 1995; Jegers m.fl. 2002). Incitament avseende produktionskostnaderna finns inte explicit angivet men Barnum m.fl. (1995) antyder att denna typ av ersättning ger incitament för sänkta produktionskostnader även om problemen med den totala kostnadskontrollen fortfarande kvarstår. Detta beror då på hög produktion snarare än höga produktionskostnader per producerad enhet. Detta bör sammantaget ge incitament till hög produktivitet (högre än med fee for service). Lönsamheten i att spara in på produktionskostnader i kombination med att det lönar sig att göra många åtgärder kan indirekt ge incitament till lägre vårdkvalitet. Vårdproducentens beroende av patienten för att kunna genomföra många åtgärder i kombination med den positiva effekten av minskande köer leder i förlängningen fram till god patientservice. Eftersom det är mycket svårt att i förväg sätta rätt relativpriser på olika åtgärder finns en risk att vissa åtgärder blir mycket lönsamma medan andra är olönsamma. Detta kan leda till att vårdproducenten försöker ”plockar russin ut kakan” genom att välja lönsamma åtgärder eller patienter. Även vid denna princip finns incitament att producera mer vård än vad patienten egentligen efterfrågar. Kostnadskontrollen är bättre än i föregående fall men finansören har ingen kontroll på antalet åtgärder.

Ersättning per produktgrupp

Ersättning per produktgrupp är ytterligare ett steg i försöken att minska skillnaderna i lönsamhet mellan olika åtgärder och dessutom öka kontrollen jämfört med i förväg fastställd ersättning per åtgärd. Principen som är rörlig och prospektiv ger enligt klassificeringen både incitament till hög output och låga

¹¹ Noteras bör dessutom att patienten i enlighet med ekonomisk teori efterfrågar mer vård än vad som är relevant i ett samhällsperspektiv eftersom denne endast betalar en liten del av den totala kostnaden.

kostnader. Detta bekräftas också av litteraturen (Barnum m.fl.; 1995). Den höga detaljstyrningen av vårdproducenten medför dock minskade incitament till hög produktion/produktivitet jämfört med ersättning per åtgärd. I The world health report (WHO 2000) varnas för de långsiktiga effekterna på effektiviteten. Man menar att den hårda styrningen minskar utrymmet för anpassning och förbättringar genom egna idéer, vilket på längre sikt skulle kunna leda till minskad effektivitet. Incitament till att håll ner kostnaderna skulle i förlängningen också kunna leda till låg vårdkvalitet. Produktgrupperna kan utformas så kostnader som uppkommer på grund av bristande kvalitet får bäras av vårdproducenten, men ofta saknas incitament till ökad vårdkvalitet. Även vid ersättning baserad på produktgrupper finns incitament att försöka sortera bort patienter som är dyra att behandla. Ersättningen liknar prospektiv ersättning per åtgärd när det gäller produktion av adekvat mängd vård och kostnadskontroll.

Resultatbaserad ersättning

Resultatbaserad ersättning kan förekomma i många skepnader, här diskuteras målrelaterad ersättning. Den målrelaterade ersättning utgår oftast som en i förväg fastställd bonus, när förutbestämda mål uppnås. Den är då rörlig och prospektiv vilket således medför att den enligt klassificeringen ger incitament till hög output och låga produktionskostnader. Syftet med denna ersättningsprincip är att skapa ökad effektivitet (ökad produktion och lägre produktionskostnader) inom det område som ersättningen inriktas mot (Bailit Health Purchasing 2002) vilket då stämmer med klassificeringens slutsatser. I tabell 2 ovan är det lätt att se varför intresset för denna ersättningsprincip ökar. Av de ersättningsprinciper som hittills gåtts igenom finns ingen som ger incitament till hög kvalitet. Resultatbaserade ersättningar kan utformas på en mängd olika sätt vilket gör att incitamenten kan styras mot olika områden (varav kvalitet är ett). Detta är förklaringen till de många plustecknen i tabellen. Var plustecknen i slutänden hamnar beror således på vilket område finansiären inriktar bonusen mot, men eftersom incitamenten till hög vårdkvalitet är få är det vanligast att den resultatbaserade ersättningen inriktas mot detta område. En nackdel kan vara att inriktning mot ett område indirekt ger incitament till minskad aktivitet inom andra områden som inte ersätts. Detta problem hänger bl.a. samman med att det är svårt att mäta och ersätta det slutgiltiga målet, ökad hälsa hos befolkningen. Följden blir att finansiären istället ersätter delmål som är möjliga att mäta. Mätproblematiken medför också att den målrelaterade ersättningen oftast bara kan utgöra en liten del av den totala ersättningen.

Individ

Kapitation

Kapitation är i sitt grundutförande fast och prospektiv vilket enligt klassificeringen ger incitament till låg output och låga kostnader. Detta stämmer med litteraturen där incitamenten för låg produktion och låga kostnader ofta anges som mycket starka (Barnum m.fl. 1995) Även om kostnaderna blir låga antas incitamenten till låg aktivitetsnivån totalt ge incitament till låg produktivitet. Incitamenten till låg aktivitet ger indirekt incitament till låg kvalitet och låg patientservice. Att undvika dyra patienter genom vidareremittering alternativt att försöka åstadkomma övervältring på andra sätt (korta telefontider, långa köer, ovänligt bemötande etc.) är ekonomiskt intressant. Allt detta innebär att det finns en risk att för lite vård produceras. Den stora fördelen med denna ersättningsprincip är att den ger mycket god kostnadskontroll och att den dessutom ger incitament till prevention (om den är kostandseffektiv). De negativa incitament som beskrivits ovan kan motverkas om vårdproducenterna fritt får konkurrera om patienterna eftersom ersättningen då blir mer rörlig i sin karaktär. Detta innebär dock en ökad ekonomisk risk för den enskilde vårdproducenten (vissa kan bli utkonkurrerade), vilket inte alltid upplevs som enbart positivt eftersom det i förläggningen bl.a. kan innebära begränsningar i tillgänglighet för medborgarna.

Period

Anslag

Traditionellt anslag är ett organisationsorienterat synsätt där anslaget storlek utgår från organisationens behov av resurser (Lindvall 2004). Till hjälp för att fastställa organisationens behov av resurser används bl.a. tidigare års resursförbrukning, köer, inflationsjustering, effektiviseringskrav. Traditionellt anslag är således fast och utgör en blandning av prospektiv och retrospektiv ersättning eftersom tidigare års kostnader utgör en relativt stor del av underlaget för att bestämma ersättningens storlek. Detta medför att klassificeringen pekar på incitament för minskad produktion men inga tydliga incitament avseende kostnaderna. Det finns också risk för minskad produktion även i andra avseenden (Barnum m.fl. 1995; Lundbäck 2002;) bl.a. eftersom köer kan vara ett argument för att få mer pengar. Här är det snarare andra incitament än de rent ekonomiska som tar överhand. Att dra ner på kostnaderna för att öka överskottet ett år kan straffa sig för producenten genom minskade anslag i framtiden. Minskade anslag leder till minskad handlingsfrihet och kan även leda till lägre status, makt och försämrade förhandlingsposition i framtida budgetförhandlingar. Sammantaget leder detta till incitament för ökade kostnader. Totalt finns relativt

starka incitament för låg produktivitet. Traditionellt ger anslag inga incitament till ökad kvalitet. Vårdproducenten är inte beroende av sina patienter för sin inkomst vilket tillsammans med incitament för minskad produktion leder till incitament för försämrade service. En fördel med denna ersättning jämfört med många andra är att den inte ger några incitament att välja bort speciella patienter eller åtgärder. Även om budgetar ofta överskrids i praktiken, ger anslag relativt god kostnadskontroll. Genom att ta bort den direkta kopplingen till föregående års utgifter och tydligare lägga fast budgetens storlek i förväg (göra budgeten mer prospektiv) kan incitamenten att minska kostnaderna öka. Om även produktionskrav införs (budgeten görs mer rörlig) kan ett visst mått av incitament till ökad/bibehållen produktion även åstadkommas. För att detta ska fungera krävs sannolikt någon form av restriktioner om inte kraven uppfylls.

Slutkommentar

Tabell 2 och kommentarerna till densamma visar att klassificeringen ger en bra bild av de incitament som en ersättningsprincip ger upphov till. Jämförelsen med litteraturen visar att det i princip bara är storleken på incitamenten som klassificeringen inte klara av att fastställa. Tabellen visar dessutom tydligt att ersättningsprinciper både har positiva och negativa egenskaper. Genom att modifiera och blanda olika principer kan finansieraren förbättra och anpassa ersättningsystem så att incitament skapas för de mål som finns i verksamheten samtidigt som de negativa effekterna minskas.

Ersättningsprinciper och arbetsuppgiftens karaktär

Hur bra en ersättningsprincip kommer att fungera hänger mycket ihop med karaktären på den aktuella arbetsuppgiften och den miljö som ersättningsprincipen ska verka i. Eftersom de olika ersättningsprinciperna har olika egenskaper fungerar de olika bra ihop med olika arbetsuppgifter. Vissa faktorer i arbetsuppgiftens karaktär kan vara avgörande för att en ersättningsprincip ska fungera medan andra kanske inte har så stor betydelse. Tabell 3 sammanfattar de viktigaste karaktärerna hos en arbetsuppgift för att den ska passa ihop med en viss ersättningsprincip¹². Den efterföljande texten beskriver detta mer ingående. Tabellen bygger på att varje ersättningsprincip används renodlat. Om olika ersättningsprinciper blandas med varandra minskar de specifika kraven på samstämmighet mellan valet av ersättningsprincip och arbetsuppgiftens karaktär. Resultatbaserad ersättning har utelämnats då dess utformning är mycket flexibel. Dessutom används den i praktiken oftast som bonus på toppen av övriga ersättningar inom hälso- och sjukvården.

¹² Tabellen är en egen konstruktion, men bygger till stora delar på den litteratur som studerats i samband med författandet av denna rapport.

Tabell 3. Vilka krav ställer ersättningsprinciper på arbetsuppgiftens karaktär.

<i>Arbetsuppgiftens karaktär</i>	<i>Komplexitet</i>			<i>Mätbarhet</i>			<i>Typ av motivation*</i>	
	<i>Låg</i>	<i>Måttlig</i>	<i>Hög</i>	<i>Låg</i>	<i>Måttlig</i>	<i>Hög</i>	<i>Extern</i>	<i>Intern</i>
<i>Per åtgärd</i>	X					X	X	
<i>Produktgrupp</i>		X			X		X	
<i>Kapitation</i>			X	X				X
<i>Anslag</i>			X	X				X

* Intern och extern motivation diskuteras i kapitel 2.4 "Inte bara för pengarna" – andra motiv till att prestera.

Ersättning per åtgärd ställer stora krav på att de åtgärder som ska ersättas är väldefinierade. Arbetsuppgiften får således inte vara för komplex, den måste gå att mäta och kontrollera på ett objektivt sätt. Detta är viktigt både för att kunna fastställa ersättningens storlek och för att vårdproducenten inte ska lockas till opportunistiskt beteende. Variationen i kostnad mellan åtgärder av samma slag bör inte skilja för mycket eftersom det kan betyda att producenten har möjlighet att förbättra sin vinst genom att välja bort de åtgärder som bedöms som mest kostsamma inom ett visst åtgärdsslag. Låg variation gör det också lättare att fastställa "rätt" ersättningsnivå och medför att vårdproducenten bättre vet vad han/hon kommer att tjäna. Eftersom hög utvecklingstakt ideligen kräver reviderad ersättning är en låg utvecklingstakt att föredra. Detta är speciellt påtagligt vid prospektiv ersättning per åtgärd, där det vid förändringar kan uppstå stora skillnader i lönsamhet mellan olika åtgärder. Eftersom den miljö som beskrivits ovan liknar miljön vid ett löpande band är det sannolikt svårt att motivera de individer som verkar i denna miljö med annat än monetär ersättning. Ersättning per åtgärd är väl lämpad i detta avseende eftersom denna ersättningsform kopplar ihop prestation med motivet att tjäna pengar. Tilläggas kan också att det är fördel om efterfrågan är begränsad så att inte antalet utförda åtgärder blir så många att de spräcker de totala kostnadsramarna.

Ersättning per produktgrupp är i grunden en utvecklad form av ersättning per åtgärd vilket medför att dessa två principer till viss del liknar varandra när det gäller typ av arbetsuppgift. Eftersom valet av åtgärder är hårdare styrt och flera

åtgärder bakas ihop till en produktgrupp vid ersättning per produktgrupp, minskar kraven på låg komplexitet, mätbarhet och kontroll jämfört med ersättning per åtgärd. Hög kontroll finns redan inbyggt i systemet eftersom vårdgivarens valmöjligheter begränsats och behovet av explicit kontroll minskar därför. Enskilda åtgärder behöver inte kunna mätas vilket också minskar det totala behovet av att mäta. Variationen i kostnader mellan olika patienter inom produktgrupperna bör inte vara för stor p.g.a. risken för cream skimming. Eftersom anpassning till utveckling kräver revidering av produktgrupperna passar inte denna ersättningsprincip där utvecklingstakten är mycket hög. Om produktgruppen är sparsamt förekommande kan prissättningen, som oftast utgår från medelvärdet av alla utförarens kostnader, bli missvisande. Trots att produktgrupper kan användas i mer komplexa omgivningar jämfört med ersättning per åtgärd, medför den styrning och kontroll som finns inbyggd i systemet att de anställdas interna motivation i form av tillfredsställelse med jobbet sannolikt är liten. Detta innebär i förlängningen att ekonomiska incitament är viktiga som motivationskälla.

Kapitation fungerar bäst när arbetsuppgifterna är komplexa och svåra att mäta och kontrollera. Hög komplexitet i kombination med svårigheter att mäta och kontrollera är i sig inget krav för att kapitation ska fungera men vid okomplicerade och väl definierade uppgifter lämpar sig principer som ersättning per åtgärd och produktgrupp sannolikt bättre. Kapitation störs i liten grad av en hög utvecklingstakt eftersom vårdproducenten i förväg vet intäkten per patient och i övrigt själv bestämmer över kostnader och metoder. För den enskilde vårdproducenten är det viktigt att ha relativt många patienter så att riskerna med kostnadskrävande patienter utjämnas. Kapitation lämnar utrymme för intern motivation¹³ eftersom arbetsuppgiften ofta är komplex och ersättningsprincipen har låg nivå av styrning och kontroll.

Anslag (traditionellt anslag, baserat på organisationens behov av resurser) lämpar sig bäst av de här redovisade ersättningsprinciperna vid komplicerade uppgifter som är svåra att mäta och kontrollera. Vid anslagsfinansiering spelar det dessutom mindre roll om kostnaderna varierar och om arbetsuppgifterna återkommer frekvent, jämfört med övriga ersättningsprinciper. Hög utvecklingstakt är inte heller något som stör. Vid anslagsfinansiering är det extra viktigt att det finnas annan motivation (och styrning) än att tjäna pengar.

¹³ Intern och extern motivation beskrivs närmare i kapitel 2.4 "Inte bara för pengarna" – andra motiv till att prestera

Kombination och tak – två metoder för att minska ersättningsprincipernas negativa effekter

Som framkommit har de olika ersättningsprinciperna vid sidan om eftertraktade effekter också oönskade bieffekter. Ofta utgör olika ersättningsprinciper motpoler till varandra. Detta gör att oönskade bieffekter från en princip kan mildras genom att kombinera denna med någon annan princip.

Ett annat problem är att de ersättningsprinciper som ger incitament för ökad produktion ofta medför dålig kostnadskontroll vilket i förlängningen kan leda till okontrollerbara kostnadsökningar. Detta har medfört att rörliga ersättningsprinciper ofta kompletteras med någon form av begränsning av inkomst eller produktion, så kallat tak.

Kombination av olika ersättningsprinciper

Det går att kombinera ersättningsprinciper på många sätt. Nedan följer några exempel.

Ersättning per åtgärd i kombination med kapitation

Ersättning per åtgärd används främst för att öka produktionen och den största nackdelen med metoden är den begränsade kostnadskontrollen. Kapitationens stora fördel är att metoden ger full kostnadskontroll och starka incitament för att minska kostnaderna. En nackdel är att metoden snarast uppmuntrar till att producera så lite som möjligt. Genom att kombinera ersättningsmetoderna kan respektive metods oönskade effekter mildras. Kapitationen ger totalkostnadskontroll och ersättning per vårdinsats kan användas som komplement inom de områden där ett ökat utnyttjande önskas. Om det exempelvis bedöms som önskvärt att fler personer över 65 år bör influensavaccineras kan en ökad aktivitet inom detta område stimuleras genom att ersätta varje vaccination med en viss summa i en i övrigt kapitationsersatt primärvård.

Prospektiv ersättning per tillstånd eller produktgrupp i kombination med anslag grundat på historiska kostnader

Traditionellt anslag ger relativt god kostnadskontroll men främjar varken hög output eller låga kostnader i produktionen. Anslaget ger också inkomsttrygghet. Prospektiv ersättning per åtgärd/produktgrupp ger incitament både till ökad produktion och minskade kostnader. Kombinationen kan ge både effektivitetsincitament och en viss kostnadskontroll. Anslaget har i praktiken ofta hamnat i intervallet 50-80 procent av totalkostnaden (Kron 2002).

Anslag grundat på historiska kostnader i kombination med ersättning per åtgärd och resultatbaserad ersättning.

Denna modell, som tilldragit sig intresse från bl.a. Uppsala-, Västra Götaland-, Gävleborg-, Örebro- och Östergötlands landsting, kombinerar tre olika ersättningsprinciper. Anslagets andel av den totala ersättningen kan varieras med komplexiteten i verksamheten med bör sannolikt utgöra den största delen av den totala ersättningen. Ersättningen per åtgärd kan varieras beroende på verksamhet och behov av att styra densamma. Denna del är till för att simulera aktivitet, output och produktivitet. Syftet med den resultatbaserade delen som endast utgör en liten del av den totala ersättningen är att stimulera verksamhet inom vissa utvalda områden. Det kan exempelvis handla om stimulans till förbättrad kvalitet, snabbare måluppfyllelse, ökad effektivitet, förbättrad samverkan och ökad tillgänglighet. Den resultatbaserade delen kan eventuellt öka i takt med att kunskapen och förmågan att mäta resultat ökar eller att samarbetet mellan beställare och utförare fungerar på ett bra sätt. Anslagsdelen kan även ersättas av kapitation om kostnadsbesparingar vill premieras.

Tak

Tak är till för att skydda finansiären från alltför kraftiga produktionsökningar som skulle kunna hota dennes utgiftsram. Taket kan uttryckas som volymbegränsningar av det som produceras eller utgöra begränsningar i den ekonomiska ramen. Ofta kombineras dessa två typer av tak. Taket kan vara ”platt” vilket innebär att ersättning ej utgår när taket uppnåtts alternativt kan ersättningsnivån per prestation minska när taket uppnåtts. Exempel finns också på tak där prestationer ersätts med marginalkostnaden när taket uppnåtts, d.v.s. vid produktion över taket ersätts den kostnad som produktionen innebär. Följden blir att vårdgivaren varken tjänar eller förlorar på de överskjutande behandlingarna.

Taket minskar eller tar bort det ekonomiska incitamentet till produktion för dem som befinner sig nära eller ovanför taket. I extremfallet kan detta leda till att vårdgivaren slutar upp med sin verksamhet när taket nåtts. Eftersom taket är en konstruktion som görs p.g.a. att resurserna inte räcker till allt borde taken konstrueras på ett sätt som möjliggör/ger incitament för prioritering. Det är viktigt att de prioriteringar som blir en följd av taket stämmer överrens med den gängse prioriteringsordning som finns i verksamheten. Ett problem i detta avseende kan vara att taket är definierat på en för hög verksamhetsnivå.

2.4 "Inte bara för pengarna" – andra motiv till att prestera

Att välja ersättningsprincip är ett sätt för principalen (utgörs av finansiären i hälso- och sjukvårdssektorn) att försöka styra agenten (vårdproducenten). Alla ersättningssystemet kräver insyn och kontroll för att fungera. Finansiären vill kunna kontrollera vårdproducentens beteende. Samhället eller dess medborgare vill exempelvis kunna kontrollera offentliga vårdproducenters beteende. Syftet är att få producenten att producera så mycket bra saker som möjligt med en så liten resursinsats som möjligt, d.v.s. att vara effektiv. Men, stor insyn och stark kontroll riskerar att underminera den interna motivationen. Intern motivation utgörs av tillfredställelse med själva aktiviteten (jobbet) medan extern motivation är en följd av den externa belöning som aktiviteten medför (Frey & Osterloh 2002). Lön är det klassiska exemplet på extern motivation. Om lönen utgör det ända motivet till att prestera, är jobbet endast ett sätt att tillfredställa andra icke jobbrelaterade önskemål. Den intern motivation har sitt ursprung i tre olika källor till motivation. 1. Det kan vara den tillfredställelse som uppkommer genom själva aktiviteten exempelvis nöjet med att åka skidor eller läsa en bra bok. 2. Den andra källan till intern motivation består av den tillfredställelse som kan uppkomma när en person uppfyller normer. Det kan handla om uppfyllande av etiska normer som exempelvis; a) professionella koder (professionalism) b) normer som har att göra med hur vi som människor bör förhålla oss till andra exempelvis normer avseende altruism och rättvisa eller c) de normer som tillfredställs vid ett väl fungerande lagarbete. 3. Den tredje källan till intern motivation utgörs av den tillfredställelse som uppkommer när individen uppnår ett mål som denne själv satt upp. Att styra och kontrollera i för stor utsträckning kan genom minskad intern motivation få oväntade effekter och åsamka samhället kostnader både i form av minskad effektivitet och försämrad moral (Deci & Ryan 1985; Le Grand 2003).

Den teoretiska utgångspunkten för diskussionen kring ersättningsprinciper och incitament utgår från att producenten drivs av extern motivation, där den externa motivationen oftast består av ekonomisk ersättning. Men, om individen också har interna motiv, exempelvis motiveras av att hjälpa andra eller av att göra ett bra jobb, hur fungerar ersättningssystemen då? Det finns mycket belägg för att altruism existerar (Rabin 1997; Jacobsson 2005). Ekonomiska experiment (Jacobsson m.fl. 2007) har t.ex. visat att personer som fritt får välja hur de vill använda en gåva i form av pengar och där en av möjligheterna är att behålla hela gåvan själv, ofta väljer att dela med sig. Viljan att dela med sig ökar om man upplever orättvisor i fördelningen av pengarna och om den man delar med sig till upplevs ha ett stort behov. Mest vill man dela med sig till personer med ohälsa och allra mest om man vet att pengarna används till att försöka hjälpa dessa personer att förbättra sin hälsa. Människors motiv i allmänhet kan tyckas

ha lite med hur man ska styra hälso- och sjukvården att göra. Men studier har visat att människor i allmänhetens tjänst är mer altruistiskt motiverade än privatanställda och att cirka 75 procent av 400 intervjuade offentliganställda i Storbritannien inte trodde att prestationsersättning skulle påverka deras prestation (Steele 1999). När det gäller läkares motiv saknas motsvarande studier, men att denna yrkeskategori styrs av normer där egenintresset spelar relativt liten roll kan konstateras. Den gängse läkaretiken bygger på dygdetiken. Det kan säkert finnas många förklaringar till detta men en viktig del är förmodligen att dygdetiken föreskriver ett naturligt och attraktivt skäl för moraliskt handlande. Dygdetiken kan förklara varför läkaren ska värna speciellt om sin patient. För att vinna patientens förtroende är alltså dygdetiken överlägsen de moderna moralfilosofiska teorierna som istället behandlar vad som är rätt handlande. I vilken omfattning dessa etiska normer styr vårdgivares beteende är svårt att uttala sig om, men att normerna har betydelse är väl få som protesterar mot.

Om en ersättningsprincip i allt för stor utsträckning strider mot mottagarens normer kan ersättningen i sig t.o.m. leda till minskad vilja att prestera. Detta visade Richard Titmuss (1971) genom att jämföra bloddonation i Storbritannien och USA. I Storbritannien fick blodgivarna ingen ekonomisk ersättning medan det i USA utgick viss ersättning. Om blodgivarna endast drevs av egoistiska motiv borde mer blod doneras i USA än i Storbritannien (egentligen borde inget blod alls doneras i Storbritannien), men det visade sig att man donerade mer blod i Storbritannien. Dessutom var kvaliteten på detta blod bättre än i USA eftersom blodgivarna i USA hade motiv att dölja om de hade smittat blod (då skulle de missa sin förväntade inkomst). Blodgivarna i England gav blod för att de brydde sig om mottagarens hälsa, d.v.s. de med smittat blod uteblev.

Dessa effekter har diskuterats av Frey (2002a) som menar att betalning för altruistiska handlingar kan medföra att dessa handlingar trängs undan eftersom betalningen i sig minskar individens upplevelse av uppoffring för att utföra handlingen. Denna effekt är dock inte kontinuerlig utan undanträngningen börjar när ersättningen närmar sig de nivåer där individen upplever att ersättningen står i paritet med uppoffringen för att utföra handlingen. Är ersättningsnivån istället lägre än denna nivå är det mer sannolikt att betalningen istället ökar aktivitetsgraden då ersättningen i detta fall signalerar en social sympati för handlingen vilket då uppmuntrar till ökad aktivitetsgrad. Om istället betalningen överstiger den uppoffring som handlingen medför börjar den i ekonomiska sammanhang välkända relativa priseffekten att verka, d.v.s. aktivitetsgraden kommer att öka med ökande pris. Diskussionen ovan gäller altruistiska handlingar men handlar i stort om de internt motiverade handlingarna, där också kontroll i för stor omfattning skulle kunna påverka aktivitetsgraden negativt och på samma vis som betalning tränga undan önskad aktivitet. Vi kan exempelvis

göra antagandet att läkare anställda på ett sjukhus någonstans i Sverige i allmänhet är engagerade i sitt arbete och därför arbetar mer än de åtta timmar som förväntas. Några läkare vid detta sjukhus struntar dock i sin tjänstgöringsplikt och arbetar mindre än åtta timmar. De sistnämnda läkarnas beteende leder fram till att sjukhusledningen, som enda åtgärd, drar igång ett strikt kontrollsystem där varje läkares arbetstid kontrolleras minutiöst. Vad händer? De läkare som struntade i sin tjänstgöringsplikt kommer att göra sina åtta timmar. Men det är sannolikt ingen vild gissning att de övriga, engagerade läkarna, reagerar med att minska sin arbetstid till minimikravet på åtta timmar.

3. EMPIRISKA ERFARENHETER AV ERSÄTTNINGSPRINCIPER

3.1 Övergripande frågeställningar vid införandet av nya ersättningsprinciper

Produktion och konsumtion av varor och tjänster kan styras via marknaden eller via administrativ styrning, men dessa två former utgör extremer och oftast förekommer blandformer av dessa sätt att styra resurserna. Vilket system som är lämpligast handlar bl.a. om var informationen om resurserna finns (Carlsson 1995). För att den administrativa styrningen ska resultera i en effektiv resursfördelning krävs att den styrande enheten har fullständig information om de produkter som ska fördelas och hur dessa värderas av konsumenterna och för att marknaden ska fungera krävs ett stort antal välinformerade säljare och köpare med fullständig information om produkternas priser och nyttor. Inom hälso- och sjukvården hänger detta bl.a. samman med hur mycket tid vårdtagaren har tillgänglig för att planera sin sjukvård och vilken specialiseringsgrad som behandlingen kräver. Det är lättare för en patient att skaffa sig information om en behandling som inte är akut och inte kräver någon högre grad av specialistkunskap. Ibland ges intryck av att marknadsorientering och införande av ersättningsprinciper som ger incitament till ökad produktion är en patentlösning på alla problem. Så är dock inte fallet. Trots att marknaden ofta symboliserar frihet behövs både formella och informella regler för att marknaden ska fungera. Dessutom behöver ur effektivitetssynpunkt vissa grundförutsättningar vara uppfyllda¹⁴. Införande av nya ersättningssystem är inte heller en patentlösning på befintliga problem, utan kräver eftertanke och uppföljning för att fungera tillfredställande. Nedan följer en lista som tar upp en del av det som behöver tänkas igenom innan nya ersättningssystem tas i bruk.

- Ersättningssystemet kan inte vara fristående från det övriga styrsystemet utan utgör snarast en förstärkning av detta. Det är därför viktigt med en övergripande målbild gällande all styrning i organisationen för att klargöra var och vilken typ av ersättningsprinciper som är lämpliga.
- Vid införandet av en ersättningsprincip måste de ansvariga ha kunskap om principen och vilka effekter den kan tänkas få på verksamheten och för de vårdgivare som verksamheten inbegriper. Vad är det som behöver styras? Är de förväntade effekterna i linje med de mål som finns för verksamheten, finns det risk för negativa effekter och i så fall vilka? Det

¹⁴ Inom ramen för detta arbete finns inte utrymme att gå närmare in på detta, men den intresserade läsaren kan t.ex. studera kapitel 3 "Health care as an economic commodity" i McGuire, A. m.fl. (1988).

gäller att hitta rätt balans mellan olika styrmekanismer och vilken balans som är rätt beror på i vilken miljö styrningen ska verka. Det är också viktigt att ersättningsprinciperna inte motverkar varandra inom angränsande områden.

- Avtal och andra överenskommelser måste vara klara när nya ersättningsprinciper införs. Ansvarsfördelningen måste vara tydlig. Vad som händer om någon inte håller ingånget avtal måste också framgå.
- Det är viktigt att införda ersättningsprinciper följs upp och anpassas. Det är inte säkert att de effekter som uppkommer i praktisk användning stämmer överens med teorin. För att kunna följa upp införda ersättningsprinciper krävs att det redan innan principerna tas i anspråk finns verktyg som går att använda för att mäta deras effekter. Att kunna mäta är också viktigt för att kunna fastställa ersättningsens storlek. Om de verkliga effekterna inte stämmer överens med de prognostiserade och önskade måste ersättningsprinciperna anpassas. Även om resultatet blev som det vara tänkt finns det en risk för att metoder behöver justeras i framtiden. Förändrade relativpriser, nya metoder och förändrade värderingar hos personalen kan påverka uppkomna effekter över tiden.
- Ersättningsprinciper kan innehålla kostnadsdrivande mekanismer. Dessa är viktigt att ha kontroll över så inte den totala budgeten överskrids.
- Om ersättningsprincipen också förutsätter förändringar i riktning mot mer marknadsliknande förhållanden där konkurrens är en viktig del, t.ex. genom patienternas val, bör konkurrensen också ges möjlighet att återverka på verksamheten i så mån att vissa verksamheter konkurreras ut medan andra växer eller nya uppstår.

Det finns både risker och möjligheter med införande av nya ersättningsprinciper. På risksidan finns de negativa effekter som kan uppkomma om ersättningsprinciperna inte följs upp och förändras om det behövs. På möjlighetssidan återfinns bättre incitament för produktion, ökat kostnadsmedvetande och större känsla av delaktighet hos personalen. Den mätning och bokföring som ersättningsmodellen ger upphov till ger dessutom bättre verktyg för styrning mer generellt. Sammanfattningsvis kan sägas att även med nya mer produktionsinriktade ersättningsystem krävs en intresserad, välinformerad och beslutför ledning (Inregia AB 2003; Forsberg, Axelsson & Arnets 2004).

3.2 Vilka ersättningsprinciper används i den svenska hälso- och sjukvården

De ekonomiska ersättningsystem som används inom hälso- och sjukvården i Sverige har inte funnit någon enhetlig form i hela landet. Detta gör att en mängd olika konstruktioner och kombinationer av ersättningar förekommer. Inom

ramen för detta arbete finns inte utrymme att närmare redovisa alla dessa varianter. Jag har istället valt att utgå från de svenska ersättningssystem som dominerade 2001 och diskutera skillnader och likheter mellan olika landsting¹⁵. För att förstå hur ersättningssystemen förändrats över tiden jämförs omfattningen av olika ersättningsprinciper 2001 (Bergman & Dahlbäck 2001) med deras omfattning hösten 2004 (Olsson & Thorling 2005).

Vid jämförelse mellan olika landsting urskiljer Bergman & Dahlbäck tre olika grupper.

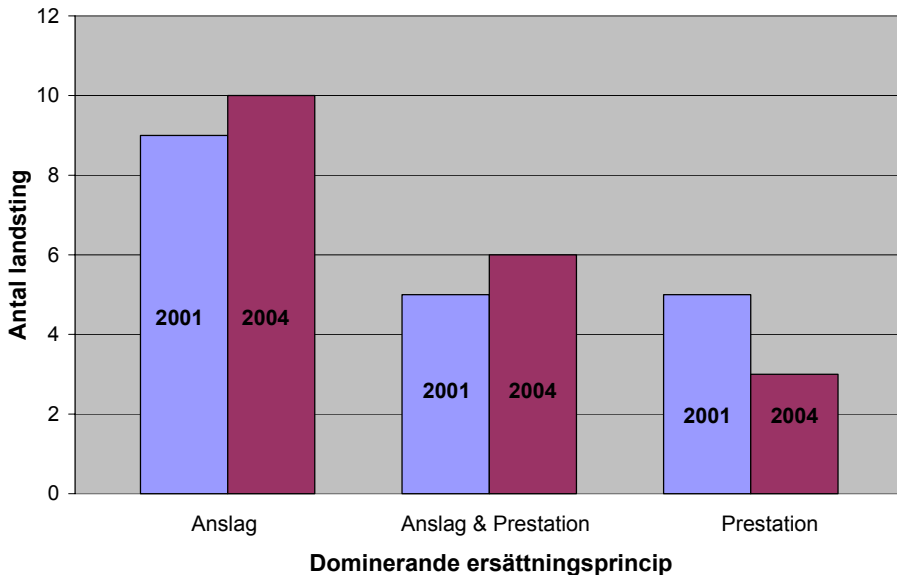
- En grupp landsting (Stockholms län, Östergötland, Skåne, Halland, Västra Götaland och Gävleborg) hade 2001 i ganska stor utsträckning lämnat ersättning via anslag och infört prestations- respektive kapitationsersättning. Förklaringen till detta kan generellt sätt sökas i de beställar – utförar system som infördes och att fokus i dessa system i hög grad var på produktivitet. Alla landsting i denna grupp hade valt någon form av produktgruppsersättning inom den slutna somatiska vården och provade ersättningssystem av liknande slag även vad gällde den öppna vården. Inom primärvården användes (eller fanns planer på att använda) ersättningar med kapitations- och prestationsinslag. Prestationsersättning användes också för medicinsk och annan service. Inom psykiatri dominerade fortfarande anslagsersättning men strävan var att öka andelen prestationsersättning.
- En grupp landsting (Kalmar, Örebro, Västmanland och Västerbottens län) hade förändrat ersättningssystemet inom primärvården, men behållit anslagen som huvudprincip i övrigt. Primärvården ersattes här med kombinationer av kapitation, anslag och ersättning till definierade prestationer.
- Övriga landsting hade fortfarande ett ersättningssystem som i huvudsak grundade sig på anslag. Men inom en del av dessa landsting fanns planer på att införa kapitations- och prestationsersättning inom vissa områden. Bland dessa landsting fanns skillnader framförallt med avseende på i vilken utsträckning medicinsk och allmän service var fria nyttigheter eller om de var prissatta och ersattes efter prestation.

Utvecklingen tycktes generellt gå i riktning mot ökad ersättning via kapitation och prestation. Två landsting (Dalarna och Sörmland) där prestationsersättning tidigare använts hade dock ändrat tillbaka till anslagsbaserad ersättning.

¹⁵ För den intresserade läsaren rekommenderas (Bergman & Dahlbäck, 2001) där en utförlig genomgång av de i Sverige vid millennieskiftet förekommande ersättningssystemen finns.

I figur 3 jämförs det ovan diskuterade resultatet från 2001 med den uppföljande studien som genomförts 2004. Jämförelsen innehåller de lansting som finns redovisade både 2001 och 2004.

Figur 3. Landstingens ekonomiska styrning 2001 och 2004.



Sammantaget tyder resultatet på en viss återgång mot mer anslagsfinansiering när 2004 jämförs med 2001 (Olsson & Thorling 2005). Den långsiktiga trenden att övergå från anslag till mer prestationsbaserad ersättning tycks ha fått ett avbrott. Detta gäller dock inte medicinsk och allmän service som i större utsträckning är prestationsersatta år 2004 jämfört med 2001.

Prestationsersättningen har med tiden fått en ny utformning (Siverbo & Kastberg 2005). Från att tidigare saknat inslag av kostnadskontroll har prestationsersättningen i allt större utsträckning kompletterats med olika kostnadskontrollerande begränsningar som t.ex. övergång från retrospektiva till prospektiva system, ersättningsnivåer under marginalkostnaden eller införande av olika takkonstruktioner.

Lindvall (2004) summerar landstingens utvecklingsfrågor kring ersättningsmodeller med följande fyra punkter:

- Alla diskuterar och bedriver utveckling kring ersättningsmodeller, fast på olika nivåer.
- Ingen anser sig ha funnit den perfekta modellen
- Det finns ett stort utrymme för samverkan
- Frågan om kostnads kontroll har blivit framträdande

Ersättningsprinciper i primärvården

Kapitation är efter anslagsfinansiering den vanligaste ersättningsprincipen inom primärvården. I sin enklaste form avgörs kapitationsersättningens storlek endast av antalet listade patienter. Oftast vill dock finansiären justera ersättningen för vårdtyngd. Detta görs enklast genom att vikta ersättningen i förhållande till åldern hos de listade presumtiva patienterna, men praxis i dagsläget är att som minimum justera för ålder och kön. Vissa landsting har dessutom valt att stimulera prestationer av olika slag. Detta gör man genom att komplettera kapitationsersättningen med prestationsersättning. Här tycks ambitionen hos de landsting som anammat denna ersättningskombination vara att ersättningen till ungefär 30 procent ska bestå av en rörlig prestationsdel och resten utgöras av kapitationsersättning. För att uppmuntra folkhälso- eller preventionsarbete kan speciell prestationsersättning för denna typ av arbete övervägas. Dessa prestationer kan ersättas i form av ersättning per åtgärd i förhoppningen att ökat antal åtgärder inom vissa områden leder till förbättrad folkhälsa. Alternativet är att försöka ersätta resultatet direkt. Ersättningar av detta slag utgår oftast som en bonus som betalas ut om vissa resultat uppnås. Nedan ges ett exempel på hur ersättningen kan vara kopplad till kvalitetsparametrar (Lindvall 2004).

Kriterium	Kvalitetsersättning	
Redovisning av resultat av NYSAM- materialet samt redovisning av ev. vidtagna åtgärder utifrån detta.		X kr
Hälsocentralen deltar i Nationella Diabetesregistret (gäller år 200X).		X kr
Samtliga läkare vid hälsocentralen är fullistade (1X00 p vid heltid).		X kr
Minst 90 procent av 35-40 åringarna har erbjudits hälsobedömning enligt hjärt- kärlprogrammet. Vårdgivaren följer upp och rapporterar resultatet.		X kr
Minst 80 procent av patienterna med bensår behandlas enligt vårdprogrammet för bensår. Vårdgivaren följer upp och rapporterar resultatet.		X kr
Instrument av att mäta behandlingsresultat inom sjukgymnastik respektive arbetsterapi används och resultatet redovisas. Vårdgivaren följer upp och rapporterar resultatet.	Sjukgymnastik	X kr
	Arbetsterapi	X kr
Uppföljningen och rapporteringen enligt avtal har fullgjorts.		X kr
Totalt		X kr

Ersättningen kan också vara kopplad till patientupplevd kvalitet t.ex. enligt följande exempel (Lindvall 2004):

Kvalitetsersättningen faller ut utifrån följande kriterier:

- 1/3 När vårdgivaren redovisar plan för kvalitetssäkring
- 1/3 När vårdgivaren deltar i någon kvalitetsredovisning (Kollegial granskning – Habo modellen, OG Qul eller motsvarande)
- 1/3 När vårdgivaren redovisar resultat från fastlagd patientenkät (Bemötande, Tillgänglighet, Information)

Ersättningsprinciper för verksamheter på sjukhus

Som redan noterats används i grunden två olika system som bas för ersättning till verksamheter på sjukhus. Den traditionella anslagsmodellen där utgångspunkten är själva verksamheten och vilka resurser den kräver. Här är det ofta är en kostnadsbudget som ligger till grund för äskanden om anslag för att täcka resursbehovet. Detta system innebär en stark kontroll över produktionsmedlen men en svag koppling till vad som utförs. Den andra modellen utgår istället från samhällets behov av hälso- och sjukvård. Politikernas roll är här att beskriva vad som ska utföras och sedan får verksamheterna själva organisera sig för att genomföra detta på bästa sätt. Ersättningen är kopplad till det som utförs men det innebär samtidigt en sämre kontroll över produktionsmedlen.

Produktgruppering (oftast DRG) användes för verksamhetsbeskrivning inom 17 av 21 landsting. Ett tiotal landsting har dessutom valt att använda produktgrupper som bas för prestationsbaserade ersättningssystem (Lindvall 2004). De för- och nackdelar som tidigare diskuterats gällande produktgrupper återkommer också i de praktiska erfarenheterna. Systemet är framtaget för att beskriva ett helt sjukhus verksamhet på ett överskådligt sätt och detta innebär givetvis att orättvisor kan uppstå på lägre nivåer. Bedömningen är dock att de värsta orättvisorna med över- och underfinansiering bör gå att utjämna med uppföljning, redovisning och metodiskt förändringsarbete (Lindvall 2004).

Även om prestationsersättning använts i liten omfattning inom sjukhusens öppenvård pågår utvecklingsarbeten inom många landsting. Det finns ett stort behov av ett gemensamt beskrivningssystem inom den öppna vården motsvarande DRG-systemet i slutenvården. Detta skulle kunna användas både för ledning, styrning och jämförelser på olika nivåer och dessutom som grund för ett ersättningssystem (Lindvall 2004).

Resultatbaserad/målrelaterad ersättning

Parallellt med diskussioner och tankar kring anslags- och prestationsersättning pågår det en aktiv dialog om hur resurser och ersättningar på ett bättre sätt ska gå att koppla till hälso- och sjukvårdens effekter. Några tydliga modeller där ersättningen är kopplad till effekter verkar inte finnas i praktiskt bruk. Däremot försöker man inom vissa områden koppla ersättningen till insatser som har dokumenterad påverkan/effekt på de resultat som eftersträvas. De landsting som uppgav att de i varierande grad använde sig av resultatbaserade ersättningar 2001 (Stockholm, Skåne och Gävleborg) uppgav 2004 att de fortfarande gör det. Landstingen i Östergötland och Uppsala har provat resultatbaserad ersättning i begränsad skala. I Östergötland utvidgas användningen inom nya områden

fr.o.m. 2006. Även de två landsting (Sörmland och Jönköping) som tillkommit i studien från 2004 anger att de använder någon form av målrelaterad ersättning. Samanställningen nedan ger, om inte annat anges, en bild av hur det såg ut före 2003 och är hämtad från Lundberg & Rydnert (2003).

Stockholms läns landsting

Målrelaterade ersättningar ingick i varierande utsträckning i avtal och överenskommelser.

Inom *psykiatri* gav en sektor ersättning motsvarande 5 procent av producerad vård utifrån en producents måluppfyllelse av bemötande/kvalitet, tillgänglighet och registrering av data.

Inom *geriatrik* förekom stimulansersättning, exempelvis kopplad till bemötande, tillgänglighet och registrering av data.

Inom *primärvården* fanns olika former av stimulansersättning. Vanligt förekommande var att verksamheten skulle dokumenteras enligt ett enhetligt system. Andra exempel var bemötande och tillgänglighet. I några fall fanns kvalitetsindikatorer eller kvalitetsparametrar angivna.

Region Skåne

I avtalet med Närsjukvården i Österlen AB ingick fram till 30/11 2005 ett antal styrtal kopplade till ersättningsmodellen. Dessa var; andel ersättning för viss dyrare diagnostik; patienttillfredsställelse; väntetider enligt vårdgarantin samt medicinska komplikationer (se kapitel 4.3.3). I samma avtal med närsjukvården på Österlen ingick även primärvård.

I avtal med Hälsoringen AB om Bromölla VC ingick bonus kopplad till bl.a. sänkt ohälsotal och minskad total vårdkonsumtion.

Landstinget Gävleborg

Kvalitetsuppföljning till grund för ersättning fanns inom somatisk vård i form av kranskärllssjukdomar; höftfraktur; bensår; diabetes/stroke. För primärvården ingick samma grupper samt patienters upplevelse av information, behandling och tillgänglighet.

Med utgångspunkt från detta fanns ersättningsformer kopplade till patientupplevd kvalitet, förekomst av kvalitetsrevisioner och kvalitetssystem i några avtal.

Landstinget i Östergötland

I Östergötland fanns sedan år 2002 möjlighet till upp till cirka 4 procent bonus i ersättningen till primärvården.

Landstinget i Uppsala län

I Uppsala fanns en målrelaterad ersättning kopplad till hälsomål. Denna utgör mindre än 1 procent av den totala ersättningen. Ersättningen betalas ut i förskott men ska återbetalas om målen inte uppnås.

Landstinget i Kalmar län

Viss målrelaterad ersättning utgick på försök vid två vårdcentraler.

Avslutningsvis kan konstateras att det 2005 pågick en diskussion och ett utvecklingsarbete kring resultat/målrelaterad ersättning (Sjukhusens ersättnings-system 2005; Clara-kommittén slutrapport 2005; Landstingsplan 2006-2008 2005; Förslag till utvecklad resursfördelningsmodell i Örebro läns landsting 2005). Mycket tyder därigenom på att denna ersättningsprincip kommer att öka i omfattning. Flera landsting har som målsättning att införa resultat/målrelaterad ersättning inom många områden, men på en låg nivå i förhållande till den totala ersättningen. De nivåer som diskuteras är ofta i intervallet 1-5 procent av total ersättning.

Landstingens erfarenheter av de använda ersättningsprinciperna

Inom de svenska landstingen finns en lång erfarenhet av anslagsfinansiering och cirka 15 års erfarenhet av resultatbaserad ersättning. Tyvärr är denna erfarenhet sällan dokumenterad. Det tycks således vara hög tid att försöka fånga in, systematisera och dokumentera denna kunskap innan det är för sent. Nedanstående erfarenheter/reflektioner har framkommit vid de intervjuer och diskussioner som genomförts i samband med kartläggningen av vilka ersättningsprinciper som används inom landstingen (Lundberg & Rydnert 2003; Lindvall 2004; Olsson & Thorling 2005).

Få landsting har dokumenterat sina mål med ersättningssystemen. Det tycks som om de främsta målen varit ökad produktivitet och kostnadskontroll, där kostnadskontrollens betydelse ökat efter mitten på 1990-talet. Man kan även ana att man önskat en tydligare politisk styrning utifrån ett befolkningsperspektiv. En fungerande kostnadskontroll ses antagligen som ett villkor för en politisk styrning. Tyvärr är det ovanligt att man utvärderat olika modellers effekter på ledning, styrning och i förlängningen på verksamhet och ekonomi. Ibland verkar det som om förändringarna drivits av desperation över bristande kostnadskontroll. De vidtagna åtgärderna har lett fram till att många landsting fått bättre kontroll på sina kostnader. Vissa landsting har lämnat beställar/utförarmodellen men inte dokumenterat varför. De som håller fast vid beställar/utförarmodellen utvecklar denna och vill i större utsträckning ha

system som tydligt reglerar pris och volym. Trenden tycks vara att man använder sig av en blandning av olika ersättningsprinciper och att målrelaterad ersättning kommer att användas i större utsträckning i framtiden. Att landstingen gör olika bedömningar över vilka ersättningssystem som är bäst lämpade att åstadkomma önskade effekter är sannolikt inte så konstigt. Kostnadskriser drabbar landsting vid olika tidpunkter, det saknas en nationell beskrivning av sjukvårdens egentliga uppdrag och man vet ofta inte vilken effekt ett visst ersättningssystem kommer att få i praktiken.

Om man inom landstingen i större utsträckning skulle ha dokumenterat sina erfarenheter av de använda ersättningsprinciperna och dessutom är beredd att dela med sig av erfarenheterna borde man i framtiden lättare kunna utforma ersättningssystem som styr mot önskat beteende i verksamheten. Exempel på dylikt samarbete finns redan idag i form av ersättningsmodellgruppen inom Nätverket Uppdrag Hälsa (www.natverken.se).

3.3 Ersättningsprincipernas effekter

Även om de teoretiska kunskaperna är en viktig utgångspunkt i valet av ersättningsprinciper är frågan vilka effekter de olika ersättningsprinciperna kommer att få i den aktuella verksamheten den mest intressanta frågan för den som står i begrepp att byta ersättningssystem. Detta avsnitt ägnas åt att försöka kartlägga vilka effekter olika ersättningsprinciper haft i praktiskt bruk. Avsnittet innehåller en genomgång av forskningsresultat både från Sverige och från andra länder avseende effekter av olika ersättningsprinciper. Den första delen tar dock mer ingående upp frågorna kring varför det är så svårt att kartlägga sambanden mellan ekonomiska incitament och deras empiriska effekter.

Varför är det så svårt att i förväg uttala sig om ekonomiska incitaments empiriska effekter

Svårigheten att i förväg veta vilka effekter införandet av ett specifikt ekonomiskt incitament kommer att få beror på flera saker. Dels är det svårt att i studier fastställa vilka effekter ett ekonomiskt incitament haft, dels är det svårt att generalisera de effekter som kunnat konstateras i specifika fall. Samma problem gäller också vid studier av ersättningsprinciper. När nya ersättningsprinciper införs görs detta oftast inte isolerat utan tillsammans med andra förändringar. Exempel på detta är de ändrade styrformer som skedde inom svensk hälso- och sjukvård i början på 1990-talet. De effekter som i efterhand kan studeras beror då både på de införda ersättningsprinciperna och på alla andra förändringar som genomförts. Även om effekterna av en ersättningsprincip kan fastställas i en specifik studie är det ändå svårt att förutspå hur denna ersättningsprincip ska

fungera i en annan situation. Miljön har som tidigare berörts stor betydelse för vilka effekterna blir. Effekterna varierar dessutom över tiden. Vissa uppträder direkt vid införandet medan andra exempelvis urvalseffekter dröjer (se även avsnittet resultat på sidan 14). Människor är därtill anpassningsbara och lär sig hur man kan utnyttja system till sin egen fördel. För att en ersättningsprincip ska kunna medverka till en kontinuerlig ökning av effektiviteten krävs också att den fortlöpande stimulerar och ger upphov till nya effektivare sätt att bedriva verksamheten på. Detta är mycket svårt att utvärdera och veta i förväg.

För att förstå hur ersättningsprinciper fungerar i praktiken är det viktigt att först ta reda på vilka faktorer som påverkar det slutgiltiga resultatet. Dudley med kollegor (2004) har försökt att systematisera de faktorer som kan vara aktuella i en hälso- och sjukvårdsmiljö. På individnivå har incitamentets styrka och hur incitamentet upplevs betydelse. På denna nivå har påverkan delats upp i finansiella och ickefinansiella faktorer. Dessutom har omgivningens inverkan på vårdproducentens vilja och möjlighet att uppfylla incitamentet betydelse för det slutgiltiga utfallet. Nedan följer en redogörelse över Dudleys systematisering (se även figur 4).

Finansiella faktorer och incitamentets styrka

- *Incitament kan riktas mot individuella vårdproducenter eller grupper av vårdproducenter.*

Om inte förändringen kräver kollektiva åtgärder är det oftast effektivast att inrikta incitamenten mot individen.

- *Hur mycket vårdproducenten kan tjäna på att uppfylla incitamenten.*

Incitamenten kan bestå av ökade möjligheter till ersättning (t.ex. en ersättning för uppnått resultat) eller ökad riskexponering (t.ex. en i förväg fastställd ersättning som innefattar alla kostnader exempelvis ersättning per produktgrupp). Hur mycket vårdproducenten kan tjäna på att uppfylla incitamenten beror också på hur belöningen är utformad. Exempel på utformning är engångsbelopp när ett visst mål uppnås, bonus som ökar i takt med att resultatet ökar eller utökad ersättning per åtgärd där åtgärden ersatts/kompletterats med exempelvis resultatmål. Dessutom påverkas möjligheten att tjäna på att följa incitament av om de är utformade i absoluta (t.ex. att uppnå 90 procent av en poängskala) eller relativa termer (t.ex. att vara bland de 10 procent bästa). Betydelsefullt är dessutom hur stor ersättningen är per uppnådd enhet, hur många enheter som kan uppnås och hur stor del av vårdproducentens verksamhet som påverkas av incitamentet. Kostnaden för att uppfylla incitamentet påverkar också hur mycket vårdproducenten kan tjäna. Här handlar det ofta om vårdproducentens upplevelse av kostnad eftersom det är svårt att i förväg veta den exakta kostnaden (detta gäller också i viss utsträckning intäktssidan). Villigheten att

öka sina kostnader för att uppfylla incitamenten har dessutom med incitamentprogrammets varaktighet att göra. En närbesläktad fråga när det gäller hur mycket vårdproducenten kan tjäna är också om incitamenten är utformade som morot eller piska.

Icke finansiella faktorer och individens upplevelse av incitamentet

- *Den av vårdproducenten upplevda möjligheten att komma i åtnjutande av den ekonomiska ersättningen.*

I vilken omfattning vårdproducenten upplever att han/hon kan påverka resultatet kan vara viktigt för hur väl incitamenten uppfylls. Exempelvis kan det vara lättare att få respons för ett program som belönar genomförd kostrådgivning än ett program som belönar viktnedgång hos patienterna. Möjligheterna att uppnå ett mål beror också på hur stor skillnaden är mellan vad som presteras idag och målet. Känner vårdproducenten att målen är rimligt satta och därigenom är möjliga att uppnå ökar viljan att uppfylla incitamentet.

- *Vilket område som incitamentet är inriktat mot.*

Incitamenten kan vara inriktade mot struktur (t.ex. att utrustning finns för att kunna mäta kolesterolhalt), process (t.ex. mätning av kolesterolhalt hos patienter med förhöjt blodtryck) eller resultat (exempelvis hur mycket man lyckas sänka kolesterolhalten hos patienter med högt blodtryck). Generellt är det lättare för vårdproducenten att kontrollera struktur och process än resultat, vilket kan påverka viljan att uppfylla incitament. Däremot borde resultatincitament stämma bättre överens med vårdproducentens interna motivation.

- *Accepterar vårdproducenten incitamentet.*

För att uppnå önskade effekter av incitament är det viktigt att de mål som sätts upp överensstämmer med vårdproducentens värderingar. Det har t.ex. visat sig att vårdproducenter är missnöjda med finansiella mål och produktivitets mål eftersom dessa kan strida mot rådande värderingar. Kvalitetsmål har däremot fungerat bättre i detta avseende.

Faktorer i omgivningen som påverkar viljan att uppfylla incitament.

Det finns en mängd faktorer som har med omgivningen att göra som påverkar hur mottaglig en vårdproducent är av ett incitamentsprogram. Nedan diskuteras endast de mest påtagliga.

- *Vilka andra ersättningar och incitament erhåller vårdproducenten.*

Vilken typ av ersättning vårdproducenten erhåller i övrigt är betydelsefullt för hur bra ett incitamentsprogram fungerar. Om resultatbaserad ersättning exempelvis ska konkurrera med ersättning per åtgärd kan det vara så att det lönar sig mer att göra fler åtgärder än att förbättra resultatet. När det istället

handlar om konkurrens med anslag eller fast lön finns inga incitament som belönar vissa åtgärder i utgångsläget. Om resultatbaserad ersättning införs i denna konkurrens bör således intresset för det nya incitamentet var större än vid situationer när konkurrens med ersättning per åtgärd råder. Utöver monetär ersättning finns en mängd andra faktorer som styr hur vårdproducenter agerar. Dessa har givetvis också betydelse. Vid en jämförelse som genomfördes i USA mellan ett resultatbaserat ersättningsprogram och ett ersättningsprogram som var oberoende av resultatet, upptäcktes att både vårdproducenter med resultatbaserad ersättning och övriga vårdproducenter ökat resultatet väsentligt under det gångna året. Det visade sig då att myndigheterna detta år satsat på en intensiv informationskampanj riktad mot just detta område. Sannolikt konkurrerade denna kampanj ut effekterna av den resultatbaserade ersättningen.

- *Vilken typ av vårdproducent riktas incitamenten mot.*

En vårdproducents personliga egenskaper har stor betydelse för om ett incitamentsprogram ska bli effektivt. I vilken utsträckning någon är beredd att agera i enlighet med incitament kan t.ex. påverkas av ålder, kön, specialitet, utbildningsnivå, härkomst, arbetsbelastning. Mer diffusa egenskaper som kan ha betydelse är om vårdproducenten bryr sig om absolut eller relativ inkomst. Om vårdproducenten ligger nära den inkomstnivå som denne önskar. Här finns många fler psykologiska faktorer men utrymme saknas att gå djupare in i detta område här.

- *Vilken typ av "marknad" som vårdproducenten verkar i.*

Om vårdproducenten är privat eller offentligt finansierad kan ha betydelse för hur incitamenten fungerar. Detta beror bl.a. på att privata vårdproducent är svårare att nå med ickefinansiella styrformer. Den private vårdgivaren blir oftast dessutom mer direkt påverkad av finansiella incitament eftersom uppkommet överskott ofta direkt påverkar hur mycket den private vårdgivaren tjänar.

- *Andra omgivningsfaktorer.*

Det finns en mängd olika faktorer i omgivningen som påverkar effekterna av incitamentsprogram. Exempelvis hur vårdproducenten upplever den aktör som är ansvarig för incitamentsprogrammet, om programmet tagits fram i samarbete eller "tvingas" på vårdproducenten, i vilken omfattning den övriga personalen tror på programmet.

Faktorer i omgivningen som påverkar möjligheten att uppfylla incitament.

Det finns flera faktorer som kan påverka möjligheterna för vårdproducenten att uppfylla incitament. Dessa kan ha att göra med organisationen där vårdproducent jobbar, med de patienter som vårdproducenten behandlar eller med omgivningen i övrigt.

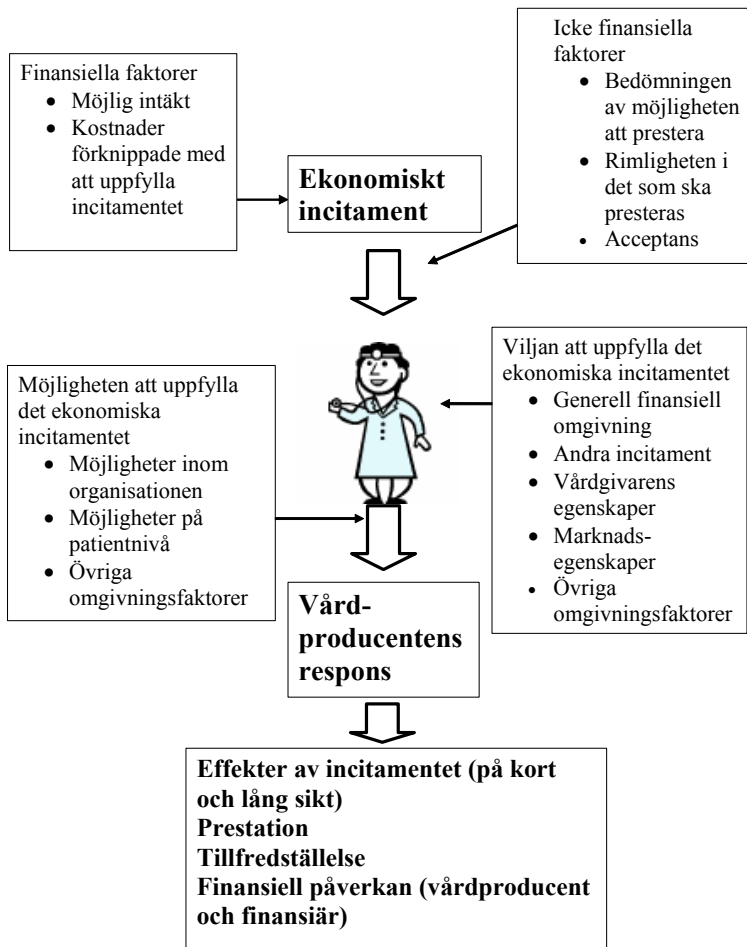
- *Faktorer på organisationsnivå.*

Faktorer som kan påverka möjligheterna att uppfylla incitament på organisationsnivå är ledarskap, organisationskultur, hur verksamheten är uppbyggd, verksamhetens storlek, antal patienter, antal medarbetare som påverkas av incitamentet. Specifikt för incitament som rör kvalitet är typ av informationssystem, hur man utnyttjar allmänna rekommendationer, gruppsyck och utbildningsprogram.

- *Faktorer på patientnivå.*

Här handlar det ofta om hur allvarligt sjuka vårdproducentens patienter är men också om patienternas ålder, kön, utbildningsnivå och kanske också om nationalitet och etnicitet.

Figur 4. Skiss över faktorer som påverkar effekten av ekonomiska incitament.



Om de uppräknade faktorerna ska anses verka på individnivå eller via omgivningen, påverka viljan eller förmågan kan diskuteras. Gränserna mellan de olika områdena är långt ifrån knivskarpa. Detta är dock av underordnad betydelse eftersom det viktiga, när det gäller att systematiskt kunna studera finansiella incitament, är att kunna identifiera alla faktorer som kan tänkas påverka effekterna av ett incitamentsprogram. Det är således viktigt vid studier av en ny ersättningsprincip att alla faktorer som kan påverka resultatet registreras. Genom detta förfarande är det sedan lättare att förstå varför incitamenten fungerar på ett ställe men inte på ett annat. Jämförelser mellan studier kan också bringa klarhet i vilka faktorer som är väsentligast för att lyckas. Tyvärr fattas noteringar om många av de viktiga faktorerna i de studier som utförts avseende ersättningsprinciper.

Svenska forskningsresultat rörande effekter av olika ersättningsprinciper i hälso- och sjukvården

För cirka 15 år sedan infördes nya ersättningsprinciper i den svenska hälso- och sjukvården. Då ändrades inte bara ersättningsformerna till vårdproducenterna utan hela finansieringsmodellen. Den traditionella anslagsersättningsmodellen byttes på flera håll ut mot beställar – utförarmodellen och i samband med det infördes på många håll olika typer av prestationsersättning. Följden av detta blir att i de praktiska studier som genomförts i Sverige har det varit svårt att studera de olika ersättningsprinciperna separat. De effekter som kan noteras är inte enbart beroende av en specifik ersättningsprincip utan mer en bild av den totala effekten av omställningen från traditionell anslagsersättning till beställar – utförarmodellen. Trots detta har det genomförts flera studier av vilka en del kort redovisas här.

Gerdtham m.fl (1999) jämförde under perioden 1989 till 1995 sjukhus med traditionell anslagsersättning med sjukhus finansierade via beställar – utförarmodellen där prestationsersättning införts och fann att införande av det nya ersättningsystemet hade en produktivitetshöjande potential på cirka 10 procent jämfört med anslagsfinansiering. Produktivitetsökningen kunde bero på antingen kostnadsbesparingar eller ökad produktion. Effekten var av engångskaraktär.

Jonsson (1994) jämförde Stockholmsmodellen, där prestationsersättning införts, med 14 landsting där traditionella organisations och styrformer användes. Han konstaterade att produktiviteten ökade i Stockholm efter införandet av prestationsersättning. Ökningen berodde framförallt på högre prestationsnivå men också på minskade kostnader. Motsvarande utveckling kunde inte konstateras i de andra 14 landstingen. Jonsson (1995) genomförde också en

motsvarande analys för Dala- och Örebromodellen. Jämförelsen gjordes även här med de 14 landstingen från föregående års studie. Dalamodellens införande visade på kraftigt ökande produktivitet jämfört med landstingen i kontrollgruppen (11 procent mellan 1990-1993 jämfört med kontrollgruppens genomsnitt på 2,4 procent). I Örebro läns landsting kunde trots en ökning av antalet prestationer ingen produktivitetsökning noteras eftersom kostnaderna ökade i motsvarande grad. Förklaringen till detta var enligt Jonsson att ersättningens storlek per prestation inte trappades ner efter en viss volym. Vid en senare studie av Stockholmsmodellen (Charpentier & Samuelsson 2000) konstaterades att den ökning av produktiviteten som blev följden vid införandet av modellen försvann efter några år. När hela perioden mellan 1991 och 1996 studerades kunde man konstatera att produktiviteten år 1996 var på samma nivå som 1991. Produktivitetsökningen under 1992-1994 hade raderats ut av en produktivitetssänkning 1994-1996.

I ett försök att göra en sammanfattande generell bedömning av prestationsersättningarna jämför Jonsson (1996) modellandstingen med traditionellt styrda landsting. Slutsatsen blev att prestationerna ökade i modellandstingen och att totalkostnaderna begränsades i de traditionellt styrda landstingen. Enligt författarens bedömning var prestationsfinansieringen orsaken till skillnaderna. Som tidigare påpekats är det svårt att veta vad olika effekter egentligen beror av. Jonssons slutsatser har utsatts för viss kritik i detta avseende (Törnqvist 1999).

Prestationsersättningen har också påverkat Stockholms läns landsting i andra avseenden (Forsberg 2001). Läkarna har blivit mer kostnadsmedvetna än kollegor i andra landsting där prestationsersättning inte införts. De anser sig mer styrda av ekonomiska överväganden. En större andel av läkarna i Stockholm anser att den egna kontrollen över arbetssituationen minskat. Arbets-tillfredsställelsen och den mentala hälsan tycks också ha försämrats mer än i landsting utan prestationsersättning. Införandet av prestationsersättningen har också ökat administrationskostnaderna. Anell (1994) menar dock att den största delen av kostnadsökningen sannolikt sker vid introduktionen av det nya ersättningsystemet.

Enligt Anell (1996) visar svenska erfarenheter av DRG på ökad produktivitet och minskade väntetider samtidigt som kostnaderna stigit. Dessutom medförde införandet av prestationsersättningar att kostnadskontrollen minskade och att totalkostnadsproblem ofta uppstod. Prestationsersättning tycks kräva någon form av produktionsbegränsning (Hallin & Siverbo 2002). Produktionsbegränsning i form av takkonstruktioner har orsakat meningssiljaktigheter mellan beställare och utförare. Utförarna i exempelvis Stockholm tyckte det borde vara rimligt att få täckning för rörliga kostnader på de prestationer som låg över taket. Landstinget var dock inte berett att betala mer än 25procent av den fastställda

prestationsersättningen på överskjutande prestationer. Andra landsting (exempelvis Bohuslän) betalade inte något alls för dessa prestationer. När prestationsersättningen begränsades genom takkonstruktioner försvann samtidigt en stor del av incitamenten att öka produktionen.

I den tidigare genomgången av de olika ersättningssystemen (framförallt produktgruppsrelaterad ersättning) diskuterades riskerna för fusk av olika slag. I praktiken har denna typ av manipulering visat sig vara en mycket ovanlig förekomst i Sverige (Heland m.fl. 2002, Charpentier & Samuelson 2000; Brorström 1995 Nilsson 1999). Fusk av detta slag förefaller vara vanligare i USA (Hallin & Siverbo 2002).

I en rapport avseende prestationsersättning i Sverige (Siverbo & Kastberg 2005) sammanfattas effekterna av prestationsersättningen via en diskussion kring dess effekter på produktivitet, finansiering/kostnads kontroll, arbetets utförande, administrativ kapacitet/flexibilitet och effektivitet. Resultatet sammanfattas kort nedan.

- *Produktivitet*

Prestationsersättning kan öka produktiviteten men på bekostnad av minskad kostnadskontroll. Så länge marginalintäkten är högre än marginalkostnaden finns starka incitament att öka produktionen. Detta bekräftas både av internationella och nationella studier. Produktivitetsökningen uppkommer som en följd av att ersättning per produktgrupp (t.ex. DRG) simulerar en ökning av antalet patienter medan ersättning per åtgärd stimulerar en ökning av antalet åtgärder per patient. Den ökade produktionen medför ökande kostnader och i förlängningen finansieringsproblem.

- *Finansiering/kostnadskontroll*

Redan innan prestationsersättningen infördes i Sverige varnade för ökade kostnader bl.a. med utgångspunkt från utländska erfarenheter. Oron för ökande kostnader var befogad. Detta ledde fram till införande av olika takkonstruktioner och kombinationer med andra ersättningssystem för att åter ta kontrollen över kostnaderna. Följden blev att vårdgivarna förlorade tilltron till ersättningssystemet och att de finansiella incitamenten att producera försvann i stor utsträckning. Trots att prestationsersättning leder till ökade kostnader tycks den öka kostnadsmedvetenheten.

- *Arbetets utförande*

Prestationsersättningens påverkan på hur arbetet inom hälso- och sjukvården utförs har studerats i liten omfattning. Det finns dock indikationer på att den medicinska professionen upplever minskad autonomi, minskad möjlighet att påverka och minskad tillfredsställelse med sitt jobb som en följd av att de känner sig kontrollerade av ekonomiska faktorer. Detta kan vara ett tecken på att hälso- och sjukvårdsorganisationen i och med prestationsersättning övergår från en

professionell till en mer byråkratisk organisationsform. Men för att kunna dra denna slutsats krävs mer forskning i ämnet.

- *Administrativ kapacitet/flexibilitet*

Den administrativa kapaciteten har ökat p.g.a. prestationsersättningen eftersom mer data måste samlas in och bearbetas. Detta medför också ökade administrationskostnader både i form av investeringar i IT och ökat arbete, men kostnadsökningen tycks störst i introduktionsskedet. Den ökade arbetsinsatsen som krävs kan ta tid i anspråk för vårdgivaren som istället hade kunnat läggas på patienter. Trots det tycks den mesta tiden gå åt till att komma överens om de regler som ska styra ersättningen.

- *Effektivitet*

Effektivitet påverkas både av produktivitet och kvalitet. Om en förändring innebär både ökad produktivitet och ökad kvalitet är förändringen en effektivitetsförbättring. Det blir däremot svårt att uttala sig om effektiviteten om dessa båda faktorer går åt olika håll. Hallin och Siverbo konstaterar att prestationsersättning i sin ursprungliga form ökade produktiviteten. Svårigheten att mäta kvalitet och att kvalitetsförändringar studerats i allt för liten omfattning medför att det är svårt att uttala sig om hur prestationsersättningen inverkat på vårdkvaliteten.

Internationella forskningsresultat och erfarenheter rörande effekter av olika ersättningsprinciper i hälso- och sjukvården

Beställar – utförarmodeller

Hälso- och sjukvården i Storbritannien är skattefinansierad och omfattar alla medborgare. Likheter med Sverige är därför stora. I Storbritannien infördes dessutom under 90-talet beställar-utförarfunktioner. I detta har också en övergång till prestationsersättning, kapitation, konkurrens och kontrakt varit en del. Fungerande konkurrens förutsätter att det både finns flera köpare och säljare att välja mellan. Även om det på papperet fanns fler vårdgivare att välja mellan fungerade det sällan så i praktiken. Beställarna var dessutom få och vårdgivarnas möjligheter att skriva kontrakt med någon annan var mycket lite. Det hela var tänkt att kompletteras genom att vårdtagarna fritt skulle kunna välja vårdgivare, men aktiva val förekom i mycket liten omfattning. Grundtanken var att konkurrensen skulle fungera som ett komplement till ersättningssystemen och på detta sätt minska de negativa effekter som kan uppstå vid kapitation och prestationsersättning. Eftersom konkurrensen uteblev, uteblev också de förväntade strukturförändringarna. I realiteten fungerade sjukvården ungefär som förut trots förändringarna. I Storbritannien tonades därför konkurrens och

affärsmässiga relationer ner mot slutet av 1990-talet och istället betonas vikten av samarbete och förtroendefulla relationer.

Ersättning per åtgärd och kapitation

Under början av 2000-talet var det inom OECD framförallt Japan och vissa kantoner i Schweiz som använder ersättning per åtgärd som huvudprincip för ersättning av vårdgivare (Docteur & Oxley 2003). Tidigare har det dock framförallt varit USA som förknippats med denna princip. Kapitationsersättning används framförallt inom primärvården. Italien, Storbritannien, Österrike, Danmark, Irland, Holland, Sverige och i viss mån USA är de länder som under början av 2000-talet använde sig av kapitation i störts utsträckning.

Den överproduktion¹⁶ av sjukvård och bristande kostnadskontroll som rådde i USA under 1990-talet blev grunden för framväxten av kontraktstyrd vård. Den kontraktstyrda vården förekommer i många olika skepnader men den typ av organisationer som ofta får illustrera den, är Health Maintenance Organizations (HMO). För att kunna kontrollera kostnaderna har man inom HMO ofta använt sig av kapitation men även fast lön förekommer. Övergången från ersättning per åtgärd till kapitation har inneburit en ökad kostnadskontroll men också problem i form av kvalitetsbrister och kostnadsövertäckning via remisskrivande. Ett annat problem med kapitationsersättningen i USA är de ”kreativa” metoder som används för att sortera bort förväntat dyra patienter. Det finns exempel på försäkringsbolag som försökt sortera bort kostsamma patienter genom att insistera på att alla potentiella försäkringstagare ska besöka deras kontor under ett öppet hus arrangemang för att på detta sätt kunna exkludera sängbundna och allvarligt sjuka (Luft & Miller 1988).

Två större studier har genomförts i USA (Safran m.fl. 2000; Gosden m.fl. 2003) för att undersöka skillnaden mellan systemet med åtgärdsersättning och det nya där kapitation används. Resultaten visar att det gamla systemet med åtgärdsersättning resulterade i fler besök och åtgärder och att kapitationsersättning hade en negativ inverkan på patienternas upplevelse av kvalitet, kontinuitet och tillgänglighet. OECD (Docteur & Oxley 2003) kommer i en granskning också fram till att övergången från ersättning per åtgärd till kontraktstyrd vård (kapitationsersättning) resulterat i färre besök och åtgärder, sänkta kostnader och ett större missnöje med vården från allmänhetens sida. Trots detta kan man inte se någon kvalitetsförsämring men påpekar att kvalitet är svårt att mäta. Resultat från Danmark (Krasnik m.fl. 1990) där en omläggning

¹⁶ Att det skulle kunna produceras för mycket vård kan tyckas konstigt. Men om vårdproducenten producerar mer vård än vad patienten egentligen är villig att betala för, produceras för mycket vård. Detta kan bli ett problem eftersom patienten i liten utsträckning betalar vården ur egen plånbok (har små incitament att säga stopp) och vårdproducenten både har en vårdande och en rådgivande roll. Denne kan via sin rådgivande roll påverka efterfrågan på vård.

från kapitationsersättning mot mer åtgärdsbaserad ersättning genomfördes under 80-talet visar också på en ökning av antalet behandlingar och undersökningar vid övergången till åtgärdsersättning. Remisskrivningen var dessutom mindre vid åtgärdsersättning både i USA och Danmark.

Ersättning per åtgärd har också använts i Tyskland (Siverbo & Kastberg 2005). Här var kostnadskontroll viktigt och den totala budgeten, som beräknades med utgångspunkt från antalet patienter i regionen, var fast. Ersättningen per åtgärd beräknade sedan efter ett poängsystem där olika åtgärder renderade olika poäng. Betalningen per poäng var inte känd i förväg utan beräknades i efterskott genom att dela budgeten med det totala antalet poäng som producerats under perioden. Vårdgivarna konkurrerade på så sätt med varandra och antalet producerade poäng steg kraftigt både beroende på detta och på en överetablering av vårdgivare. Detta i sin tur medförde mindre betalt per producerad poäng och i förlängningen lägre inkomster för vårdgivarna. För att stabilisera värdet av en poäng förändrades poängberäkningen och olika former av produktionsbegränsande tak infördes. Detta lyckade ändå inte full ut och från 1997 infördes andra ersättningsformer baserade på anslag.

I Holland finns mångåriga erfarenheter av ersättning per åtgärd (Groot 1999). Från 1939 till 1983 ersattes vårdgivare inom slutenvården efter tariffer för olika åtgärder och vårddagar. Ersättningen var högre än marginalkostnaden och gav således incitament till att öka antalet presterade åtgärder. Så skedde också och kostnaderna för hälso- och sjukvården steg under perioden. För att få bukt med kostnadsstegringen infördes i slutet av 1970-talet olika restriktioner bl.a. en minskning av investeringarna inom hälso- och sjukvården och samtidigt togs flera tusen sjukhusbäddar bort. Kostnadsstegringen minskade men inte tillräckligt och 1983 infördes därför en ny ersättningsprincip grundad på retrospektiva anslag där varje års anslag beräknades med utgångspunkt från utfallet 1982. Nu blev det istället för maximal produktion intressant med minimala kostnader. Förändringen resulterade i att kostnadsökningen avstannade, men systemet ansågs orättvist då historiska värden inte speglar dagens behov och efterfrågan av vård. Därför infördes vid beräkning av anslaget en faktor som relaterade till utförda åtgärder. Genom detta började återigen kostnaderna att stiga. Aktivitetsnivån på sjukhusen var således starkt kopplad till hur mycket dessa tjänade på att vara aktiva.

Ersättning per produktgrupp

Ersättning per produktgrupp och då ofta i form av DRG används i många länder inom OECD¹⁷. Utvecklingen började i USA. Detta skedde i form av DRG där grunden för ersättningen istället för utförd behandling i större utsträckning kom att fokusera på patientens diagnos. Den viktigaste förändringen var sannolikt att den tidigare ersättningen per åtgärd varit retrospektiv medan ersättningen per produktgrupp var prospektiv.

En översiktlig genomgång av litteratur som studerat effekterna av övergången från ersättning per åtgärd till ersättning per produktgrupp (i detta fall DRG) i USA gav följande resultat¹⁸. Minskade kostnader beroende på minskad inskrivning, minskat antal vård dagar per inskriven patient och mer generellt minskade kostnader per patient. Alla genomgångna studier visar på minskade kostnader. En studie pekar på att kostnadsminskningen blev störst där möjligheterna att få behålla överskott var störst. Omläggningen av ersättningsystemet har också medfört förbättrad redovisning och uppföljning.

Det verkar också som om de negativa effekter som teoretiskt kan förväntas inte var så stora i början. Detta kan eventuellt förklaras av att ersättningsnivån var väl tilltagen de första åren. Vårdgivarna hade då fortfarande råd att följa sina moraliska intentioner alternativt tjänade så bra att de inte behövde fuska. Ekonomin stramades sedan successivt upp. Det tycks också i senare studier som om negativa effekter förekommer i större omfattning. Här pekas bl.a. på övervältring av kostnader på områden som ligger utanför DRG systemet och diagnosglidning. I de studier som gått igenom har man haft svårt att uttala sig om effekterna på kvaliteten, men de mätningar som genomfördes de första åren efter genomförandet tycks inte visa på några kvalitetsförsämringar.

Minskade kostnader, ökad effektivitet och förbättrad redovisning kan således konstateras efter införandet av ersättning per produktgrupp i form av DRG i USA. Dessa effekter plus önskan om minskade köer var motivet att införa ersättning per produktgrupp i Norge i början på 1990-talet. I Norge bestod förändringen av att man övergick från anslagsfinansiering till ersättning per produktgrupp. De önskade effekterna uteblev dock och omställningen orsakade knappast några förändringar alls avseende besluten inom hälso- och sjukvården.

¹⁷ Australien, Belgien, Danmark, Finland, Frankrike, Irland, Italien, Kanada Korea, Mexiko, Norge, Portugal, Schweiz Spanien, Storbritannien Tyskland, Ungern och Österrike

¹⁸ Litteraturen som analyserar effekterna av omläggningen från ersättning per åtgärd till ersättning per produktgrupp i USA är stor till antalet, framförallt den litteratur som studerar de tidiga effekterna. Resultaten som redovisas i texten är hämtade från följande litteratur: Feder, Hadley & Zuckerman (1987); Eastaugh (1987); Sloan, Morrisey & Valvona (1988); Davis & Rhodes (1988); Russell & Manning (1989); Cromwell & Puskin (1989); Coulam & Gaumer (1991); Chulis (1991); Maarse, Rooijackers & Duzijn (1993); Altman & Young (1993).

Läkarna upplevde det nya systemet som påtvingat från ovan och deras normer stämde dåligt överens med det nya ersättningsystemet (Pettersen 1999).

Resultatbaserad ersättning

Det finns ett ökande intresse för resultatbaserad ersättning (Pay for performance, P4P) i USA. Enligt ledarsidan i JAMA i oktober 2005 fanns då cirka 100 stycken P4P program igång i USA. Trots det är resultatbaserad ersättning inom hälso- och sjukvården så pass nytt i USA att det vid denna tidpunkt fanns betydligt fler program på planeringsstadiet än de som hittills kommit igång (Bodenheimer 2005).

De erfarenheter som finns avseende P4P i USA kommer än så länge till största delen från andra områden än hälso- och sjukvården. Det har dock genomförts en hel del studier inom hälso- och sjukvårdsområdet, men det är svårt att finna pålitliga forskningsresultat när det gäller effekterna av P4P program eftersom det oftast är många störande faktorer som kan påverka resultatet. Väl genomförda randomiserade studier är därför att föredra, men i dagsläget finns endast ett fåtal sådana studier. Dessa har dessutom ofta varit inriktade på prevention eller endast innehållit en resultatindikator. I praktiken omfattar ett P4P program oftast flera dimensioner av hälso- och sjukvård och flera resultatindikatorer används då inom samma program.

Dudley m.fl. (2005) hittade endast nio randomiserade studier av P4P. Dessa nio granskades men det visade sig svårt att dra några långtgående slutsatser avseende effekterna. För att detta ska vara möjligt krävs fler studier än dessa nio och en bättre dokumentation av alla de variabler som kan tänkas påverka effekterna. I den kortfattade redovisning som följer innebär negativt resultat att inga effekter i önskad riktning kunde konstateras. Positivt resultat betyder således att incitamenten påverkade vårdgivaren i önskad riktning.

I studierna fanns incitament riktade mot både individuella vårdgivare och grupper av vårdgivare. Vid incitament till individuella vårdgivare erhöles fem positiva och två negativa resultat och vid incitament till grupper av vårdgivare var ett resultat positivt och två negativa. I de genomgångna studierna varierade storleken på ersättningen från ca 6 kronor per vaccination till 80 000 kronor per klinik och år. Det fanns inget samband mellan storleken på ersättningen och dess effekt. Det var t.o.m. så att den högsta ersättningen hade ett negativt resultat. Fem studier (med fem resultat) använde ersättning per åtgärd som ett sätt att ge incitament till ökad kvalitet och fyra studier (med fem resultat) använde bonus som ersättningsprincip. Bland de studier som använde ersättning per åtgärd var fyra positiva och en negativ och bland bonusstudierna var två positiva och tre negativa. Det tycks mer sannolikt att vårdgivare svarar på ekonomiska

incitament om dessa gäller hur en vårdgivare utför sitt jobb jämfört med incitament inriktade på effekterna hos patienterna (exempelvis är det troligen lättare att få positiva effekter om ersättning utgår per genomförd rökavvänjningsbehandling istället för ersättning i förhållande till hur många som slutar röka). Av detta dras också slutsatsen att om incitamenten upplevs som svåra eller kostsamma att uppnå minskar deras effekter. Detta bekräftas också av negativt resultat vid två av studierna där det rådde osäkerhet kring möjligheterna att nå det uppsatta målet för bonusersättningen. Osäkerheten berodde i dessa fall på att möjligheterna att nå målet också var beroende av andras prestationer.

I Storbritannien finns få forskningsresultat som visar effekter av olika ersättningsprinciper (Smith & York 2004). En intressant studie avseende resultatbaserad ersättning har dock genomförts inom primärvården i östra Kent (Smith & York 2004). Primärvården i Storbritannien bedrivs av ”General practitioners” (GPs). Traditionell har GPs haft ett stort mått av frihet och självbestämmanderätt. Ersättningen har oftast bestått av en blandning av ersättning per åtgärd (cirka 15 procent), kapitation (cirka 40 procent), lön (cirka 30 procent) och ersättning för kapital och IT (ca 15 procent). Ersättningen per åtgärd har varit inriktad på viktiga allmänna åtgärder för att förbättra befolkningens hälsa så som exempelvis vaccinationer och screening. Kapitationen var enkel och innehöll få justeringar avseende vårdtyngd, vilket antas ha lett till försämrad vård för högrisk patienter och i områden med ofördelaktigt patientunderlag.

I östra Kent infördes istället för det traditionella ersättningssystemet under perioden 1998 till 2000 ett program som var tänkt att uppmuntra vården av kroniska sjukdomar. Tretton olika delmål infördes. Dessa var inriktade mot ökad kvalitet i den kroniska vården (exempelvis inom områden som hjärt- och kärlsjukdomar och epilepsi). T.ex. infördes en kvalitetsstandard avseende blodtryck som angav att minst 85 procent av patienterna skulle ha blodtryck under 160/90 om det inte fanns dokumenterad anledning att ligga högre. I programmet erbjöds GP en ekonomisk ersättning av 3000 pund per år. Denna skulle betalas tillbaka om inte de tretton delmålen uppfylldes. Programmet betecknades som en succé. Utvärderingen visade på betydande förbättringar. Detta förklarades inte bara av de ekonomiska incitamenten utan också av att programmet fokuserade på sådana saker som även ansågs viktiga av läkare och administratörer.

4. INTRESSANTA UTVECKLINGAR

Både internationellt och i Sverige pågår kontinuerligt både ett arbete för att förbättra funktion hos befintliga ersättningsprinciper och att introducera nya förhoppningsvis bättre ersättningsystem. Detta kapitel ägnas åt att återge en del av detta arbete.

4.1 Resource based relative value scale – en metod för att göra ersättning per åtgärd mer neutral

Resource based relative value scale (RBRVS) är en metod att värdera olika åtgärders relativa resursförbrukning och på så sätt åstadkomma en inbördes neutral värdering av åtgärder inom olika områden. Metoden som utvecklades i USA under 1980-talet används idag inom Medicare för att fastställa ersättningsnivåer för olika åtgärder. Metoden används även av cirka 74 procent av de privata försäkringsbolagen (Gallagher m.fl. 2002). Under årens lopp har modellen för den resursbaserade värdeskalen genomgått vissa förändringar. Idag beräknas den via värderingen av tre resursinsatser: total arbetsinsats¹⁹, kostnader för mottagning (lokaler, kringpersonal, försäkringar m.m.) och vårdgivarens försäkringskostnader²⁰. Dessa tre komponenter multipliceras var för sig med en geografisk kostnadsfaktor och summeras sedan. Denna summa utgör relativvärdet för behandlingen i fråga. För att slutligen komma fram till vilken ersättning vårdgivaren är berättigad till multipliceras relativvärdet med en faktor som varierar mellan åren. Denna faktor är just nu ett hett ämne i USA eftersom pengarna inte räcker, vilket renderar till nedräkning av denna faktor och i förlängningen minskande ersättningar per åtgärd. För att de ingående komponenterna i RBRVS ska vara så korrekta som möjligt revideras hela skalan som minimum vart femte år. För att ta hänsyn till förändrade arbetsrutiner och teknisk utveckling revideras dessutom komponenten arbetsinsats varje år. Den praktiska effekten av införandet av RBRVS utöver möjligheten att jämföra olika åtgärder kan kortfattat sammanfattas som en minskning av ersättningen till procedurmässiga åtgärder (t.ex. hjärtkirurgi) och en ökning av ersättningen till intellektuella åtgärder (t.ex. patientkonsultation). En fördel är minskade incitament för vårdgivare att välja vissa åtgärder före andra p.g.a. att dessa kräver mindre resurser. Trots fördelarna är detta system fortfarande ett sätt att

¹⁹ I arbetsinsatsen värderades inte bara själva tidsåtgången, utan även andra dimensioner av ansträngning. Arbetsinsatsen är således en sammanvägning av tid, mental ansträngning, bedömningsförmåga, teknisk skicklighet, fysisk ansträngning och psykisk stress. Genom att konsultera läkare och experter bedöms arbetsinsatsen vid olika åtgärder och relativvärden byggs upp.

²⁰ I USA är det nödvändigt att ha en försäkring som skyddar mot ersättningar för felbehandlingar m.m. Kostnaden för denna försäkring varierar inom olika områden inom hälso- och sjukvården i USA och det är denna kostnad som vägs in i relativvärdet.

ersätta åtgärder vilket innebär att det inte finns några incitament att åstadkomma ett bra resultat. RBRVS tar ingen hänsyn till åtgärdernas effekt på livskvalitet och livslängd inte heller att vissa vårdgivare kanske lyckas bättre med sina åtgärder.

4.2 Adjusted Care Group och Care Need Index – två metoder att förbättra kopplingen till vårdtyngd hos kapitationsersättning

De utvecklingsmöjligheter som diskuteras för att förbättra kapitationsersättningens koppling till vårdtyngden och på så vis få en mer rättvis resursfördelning är Adjusted Care Group (ACG) och Care Need Index (CNI). ACG är ett beskrivningsinstrument där patienter fördelas i 81 ACG grupper. Alla patienter inom varje grupp har likartade tillstånd vilket gör det möjligt att beskriva patientgrupper med olika tillstånd i en utvald population med hjälp av ACG-grupper. Grupperna är samtidigt konstruerade för att inom sig vara homogena med avseende på resursåtgång. Genom att vikta grupperna i förhållande till den resursåtgång de kräver kan ACG-systemet användas för att fördela resurser efter sjukdomsburda i befolkningen. Systemet används i dag i USA och vissa pilotprojekt pågår i Sverige (Lindvall 2004). Systemet bedöms inom landstingen som intressant eftersom det bättre än nuvarande system kan spegla en populations förväntade vårdtyngd då det bygger på de i populationen ingående individernas samlade tillstånd. Mot detta ställs argumentet att systemet är konserverande eftersom det bygger på historiska individdata. För att kunna användas i ordinarie verksamhet krävs viss utveckling bl.a. av beskrivnings-systemet.

CNI är ett system som ursprungligen kommer från England. Även här är syftet att bättre kunna beskriva en populations förväntade vårdtyngd och på så sätt kunna åstadkomma en rättvisare resursfördelning. Istället för faktisk vårdkonsumtion används i CNI (i Sverige) sju olika variabler som visat sig viktiga när det gäller hur stor vårdtyngd en population har (Lindvall 2004). De sju variablerna inklusive vikter avseende vårdtyngd är följande:

<i>Variabel</i>	<i>Vikt</i>
Ensamstående äldre än 64	6,15
Utlandsfödda	5,72
Arbetslösa	5,13
Ensamstående föräldrar	4,19
Individer som flyttar	4,19
Lågutbildade	3,97
Barn under fem år	3,23

Metoden bedöms som lovande bl.a. för att samma indexering kan används i hela riket. Men vissa frågetecken finns även här. Bl.a. kan viktningen diskuteras. Dessutom visar CNI snarast det totala vårdbehovet istället för primärvårdsbehovet.

4.3 Resultatbaserad ersättning – några exempel på utformning och användningsområden

Resultatbaserad ersättning används flitigt inom en rad sektorer. Trots det är metoden ny i hälso- och sjukvårdssammanhang och användarna är än så länge inne i en utvecklingsfas där en viktig del är att lära sig mer via egna och andras erfarenheter. För att lyckas med ett program för resultatbaserad ersättning är utformningen av själva programmet viktigt. I USA utvecklar idag många försäkringsbolag olika typer av program för resultatbaserad ersättning (P4P program). Programmen kan delas in i fyra olika beståndsdelar vilka i sin tur kan vara uppbyggda på olika sätt.

1. Framtagande av resultatmål.

Målet kan antingen utgå från den egna verksamheten. Exempelvis att man ska förbättra sitt eget resultat med en viss procent. Den andra varianten är att målet sätts i förhållande till andra vårdgivare. Det kan vara data från andra försäkringsbolag, ett nationellt mål eller medelvärden från andra kliniker med samma/liknande verksamhet.

2. Typ av resultatmätning.

Resultatmätningen kan delas in i följande kategorier:

Utnyttjandegrad/Kostnadskontroll (t.ex. antalet akutbesök per patient och år).

Vårdkvalitet/effektivitet (t.ex. andelen astmapatienter som får adekvat medicinering).

Patienttillfredsställelse (t.ex. andelen patienter som skulle rekommendera vårdgivaren till övriga familjemedlemmar och vänner).

Administration (t.ex. hur bra informationssystem vårdgivaren använder sig av)

Patientsäkerhet (t.ex. hur stor andel patienter som tillfrågats avseende allergiska reaktioner på medicinering)

3. Informationskällor för att mäta utfallet.

I USA finns tre varianter:

Försäkringsbolagens administrativa data

Data från löneregister

Data från vårdgivarens praktik

De två förstnämnda har fördelen av att vara enkla. Registren finns redan. Medan data från vårdgivarens praktik kräver mer arbete av vårdgivaren. Dessa data är å andra sidan mer specifika och därför värdefullare. När det gäller insamlandet av data sker en snabb utveckling speciellt inom IT området. De olika P4P programmen använder olika hjälpmedel, bl.a. rapportering via sidor på Internet eller speciella dataprogram där uppgifterna matas in.

4. Belöning vid måluppfyllelse.

Vanligtvis vägs flera olika prestationsmått ihop till ett enda värde. Det är sedan detta värde som avgör om vårdgivaren kvalificerar sig för den finansiella belöningen. Ett flertal olika finansiella incitament kan användas (Bailit Health Purchasing 2002), men vanligast är kvalitetsbonus där vårdgivaren erhåller en årlig bonus om denne nått upp till fastställt mål (bonusen kan också öka med resultatet när vårdgivaren presterar bättre än fastställd nivå). Det finns också en modell som i grunden är den samma men där moroten i form av bonus ersatts av piska (reimbursement at risk). Detta går till på så sätt att en viss andel av lönen hålls inne. Om vårdgivaren vid årets slut uppnått fastställda mål erhåller denne även den innehållna ersättningen. Naturligtvis föredrar vårdgivarna i USA bonusmodellen. Andelen av den totala lönen som betalas ut i form av resultatärsättning varierar i USA från 1 procent till 40 procent av vårdgivarens totala lön. I genomsnitt handlar det om cirka 10 procent bonus eller innehållen lön.

P4P finansieras oftast av försäkringsbolagen vilka ibland samarbetar och gemensamt finansierar olika P4P program. Exempel på detta finns i Kalifornien där de viktigaste försäkringsbolagen i ett gemensamt projekt betalade ut 40 miljoner dollar i resultatärsättning. Vårdgivare fick del av dessa pengar om de kunde visa förbättrat vårdresultat (inom områdena cancerscreening, vaccination av barn, behandling av astma, diabetes och kolesterol), ökad patienttillfredsställelse och utveckling av informationsteknologi. En stor del av pengarna fördelades till individuella läkare. Pengarna användes också för att utveckla metoder och informationssystem avseende resultatmätning. Programmet startade 2002 och leds av Californian Integrated Health Association, vilka representerar de flesta involverade i finansiering och produktion av hälso- och sjukvård. Under det första året gjordes resultatmätningar som sedan fick ligga till grund

för P4P programmet. Programmet innebar att samma metoder och resultatmätningar användes hos alla berörda vårdgivare. Utbetalningen år 2004 grundades på den förbättring som skett jämfört med 2003. Även om resultatet skiljde mycket mellan vårdgivare ökade resultatet under perioden (vilket också återspeglas av den utbetalda summan). Läkarkåren var från början kritisk men när det visade sig att programmet verkligen resulterade i högre ersättning blev inställningen mer positiv. Skeptiker finns trots detta fortfarande och de menar att det kostar mer att mäta och kontrollera än vad som motsvaras av ersättningen. Små vårdgivare har därför svårt att ekonomiskt klara av att uppfylla de krav på mätningar som ställs. Vårdgivare med dåligt resultat skyller ofta på patienternas ovilja att följa läkarens rekommendationer. Skeptiker bland vårdgivarna menar att programmet i praktiken inte ger några nya pengar utan att finansieringen sker genom motsvarande nerdragningar av andra ersättningar. Detta bekräftas också av vissa försäkringsbolag medan andra menar att det är nya pengar i systemet. Det har noterats inom administrationen hos anslutna vårdgivare att mycket av den förbättring som hittills uppnåtts består av bättre rapportering istället för ökad vårdkvalitet.

I Boston har de tre största försäkringsbolagen gått samman om ett P4P program. Liksom i Kalifornien satsar man här på förbättrad vårdkvalitet, patienttillfredställelse och IT utveckling. Men programmet är bredare och innehåller dessutom mätning av kostnadsbesparande parametrar som t.ex. andel utskrivna generiska läkemedel, utnyttjandegrad av dyrbar utrustning och andelen inlagda patienter. I Boston finns ingen gemensam mall för hur mätningarna ska gå till. Medan man i Kalifornien använt P4P som en bonus på toppen av en kapitationsersättning har man i Boston använt sig av flera olika sätt att betala för uppnått resultat. Bl.a. har P4P successivt ersatt ersättning per åtgärd och därigenom blivit en form av reviderad ersättning per åtgärd. P4P är så nytt i Boston att läkarna knappt är medvetna om systemet ännu och har därför inte heller reagerat i nämnvärd utsträckning.

Det finns inte utrymme här att närmare beskriva alla P4P program som finns i USA. Istället inriktas nästa avsnitt på ett specifikt och på flera håll använt program som heter "Bridges to excellence".

Bridges to excellence

Bridges to excellens (Bridges to excellence home page) är ett ideellt initiativ som sträcker sig över stater och företag. Syftet är att belöna kvalitet inom hälso- och sjukvårdsområdet. Man samarbetar med en mängd företag, försäkringsbolag och andra. Samarbete sker också med The National Committee for Quality Assurance (NCQA) (<http://www.ncqa.org/>) vars kvalitetsprogram är en del av grunden i Bridges to excellence P4P program.

Tre principer är vägledande för Bridges to excellence incitamentsprogram:

- Att kunna minska misstagen inom vården innebär behov av investeringar. Dessa investeringar ska uppmuntras av incitament från upphandlarna (försäkringsbolagen).
- En märkbar minskning av missbruk, över- och underkonsumtion av sjukvårdsresurser kan minska slöseriet och ineffektiviteten i dagens hälso- och sjukvård.
- Ökad pålitlighet och kvalitet kan uppmuntras genom offentliggörande av jämförbara data över olika vårdgivares resultat.

Idag bedrivs tre kvalitetsprogram varav två är inriktade på specifika områden (diabetes och hjärt-kärl sjukdomar). Det tredje som beskrivs nedan är mer allmänt i sin natur. Det kallas Physician Office Link. Informationssystem, utbildning och hur vårdgivaren utför och tillhandahåller vård är de tre områden som programmet inriktar sig mot. Programmet innebär att vårdgivare kan erhålla bonus om de gör vissa åtgärder för att minska felbehandlingar och öka kvaliteten. Upp till 50 dollar per patient kan utgå som bonus. För att komma i åtnjutande av bonus måste vårdgivaren först bli behörig. Behörigheten är kopplad till NCQA's kvalitetsprogram som innebär att vårdgivaren ska rapportera och uppnå fastställt resultat inom minst ett av de tre ovan omnämnda områdena. Om detta uppfylls tas vårdgivaren upp som "uppmärksammad vårdgivare" på NCQA's hemsida och får därigenom ett slags offentlig kvalitetsstämpel. Detta är första steget, men för att erhålla bonus från "bridges to excellence" programmet måste vårdgivaren bli "uppmärksammad" inom samtliga tre områden i tre år. Grundtanken med kvalitetsprogrammet är att få vårdgivarna att bli mer systematiska i sitt arbete. Ökad systematik antas i förlängningen innebära ökad kvalitet och förbättrad effektivitet genom att vårdgivarna blir bättre på att:

- Ha koll på patienternas medicinska historik.
- Arbeta med patienterna över tiden och inte bara vid besökstillfället.
- Följa upp patienterna.
- Göra åtgärder inriktade mot befolkningens hälsa och inte bara mot patienter som dyker upp hos vårdgivaren.
- Använda evidensbaserad vård.
- Uppmuntra bättre vanor och egenvård hos befolkningen.
- Undvika medicinska misstag.

Mer preciserat kontrolleras och mäts följande punkter inom programmet:

- Hur vårdgivarna använder information för att ha koll på patienternas behandlingar, uppföljning och medicinering. Dessutom kontrolleras i vilken utsträckning man använder sig av evidensbaserade behandlingar.

- Hur vårdgivaren använder resurser och remisser för att hjälpa patienterna att själva hantera/förbättra sin hälsa. Dessutom undersöks hur vårdgivaren mäter och förbättrar vårdkvaliteten.
- Hur vårdgivaren hjälper patienter med kroniska tillstånd och patienter med mycket svåra tillstånd att uppnå så bra hälsa som möjligt och att undvika slutenvård.

Resultatbaserad ersättning i Storbritannien – Det nya kontraktet för primärvården

I april 2004 introducerades ett ambitiöst program avseende resultatbaserad ersättning inom Storbritanniens primärvård (Smith & York 2004). Det var det tidigare försöket i Kent som låg till grund för den stora förändring som genomfördes 2004.

Basen i det nya programmet är ett kontrakt som upprättats mellan finansören och GPs. Kontraktet innehåller en mängd förändringar bl.a. enklare ersättningsregler, ett rättvisare kapitationsprogram, och en kraftig ökning av anslagen till primärvården (en ökning på 33 procent under 3 år). Centralt i det nya kontraktet är den resultatbaserade ersättningen som ska stå för 18 procent av inkomsten hos GPs. Den ska fördelas varje år med utgångspunkt från kvalitetsmått. Kontraktet har tagits fram i nära samarbete med läkare vars inställning till förändringen generellt sett är positiv. I en undersökning var 79 procent av GPs positiva till förändringen.

Den resultatbaserade ersättningen bygger på 146 stycken kvalitetsindikatorer inom sju olika områden. Inom varje område kan vårdgivaren samla poäng. Maximalt kan 1050 poäng nås. Ungefär hälften av poängen härrör från den kliniska vårdkvaliteten. Andra områden är t.ex. hur praktiken är organiserad (184 poäng) och hur nöjda patienterna är (100 poäng). De kliniska poängen härrör sig från 10 olika områden där de tre tyngsta (avseenden poäng) är hjärt-kärl sjukdomar (121 poäng), högt blodtryck (105 poäng) och diabetes (99 poäng). Kontraktet innehåller flera faktorer som bedöms vara viktiga för resultatet bl.a. att: kostnadseffektivitet belönas, nationellt erkända evidensbaserade metoder har legat till grund för kvalitetsindikatorerna, ett balanserat styrkort har använts för att försöka väga olika primärvårdsaktivitetens betydelse för medborgarnas hälsa, ersättningen utgår från en summa poäng vilket ger vårdgivaren möjlighet att själv prioritera, vårdinrättningar premieras i större utsträckning än individuella vårdgivare vilket bör uppmuntra samarbete, de finansiella incitamenten kan ge vårdgivaren ett rejält ekonomiskt tillskott och

slutligen att det finns en överenskommelse att incitamentprogrammet ska revideras och uppdateras fortlöpande.

Tabell 4. Exempel på poängräkning avseende högt blodtryck.

	Minsta procentandel för att erhålla poäng	Högsta procentandel över viken inga nya poäng tillkommer	Totalt möjliga poäng
<i>Registrering</i> BP1. Vårdcentralen innehar ett register över patienter med etablerat högt blodtryck	Ej aktuell	Ej aktuell	9
<i>Diagnos och initialt omhändertagande</i> BP 2. Andelen patienter med högt blodtryck i vars journal notering avseende rökning finns minst en gång	25	90	10
BP 3. Andelen patienter med högt blodtryck i vars journal det finns notering att patienten erbjudits rökavvänjning minst en gång.	25	90	10
<i>Pågående vård</i> BP 4. Andelen patienter med högt blodtryck i vars journal det finns notering av blodtrycket under de senaste 9 månaderna.	25	90	20
BP 5. Andelen patienter med högt blodtryck vars senaste blodtrycks-notering (under de senaste 9 månaderna) var 150/90 eller lägre.	25	70	56
<i>Total poäng</i>			105

Källa U.K. Department of Health Investing in General Practice: The New GMS Contract (London: DoH, 2003)

Trots att många viktiga aspekter tycks ha vägts in i detta ersättningssystem finns ändå vissa risker. Smith och York (2004) menar att ersättningssystemet är komplicerat vilket kan medföra att vårdgivare inte förstår hur det fungerar och därför inte blir mottagliga för de ekonomiska incitementen. Vidare påpekas att viktiga områden inom primärvården inte ryms i tillräcklig omfattning i poängsystemet. Detta gäller t.ex. mentalvården där det ansågs omöjligt att mäta och fastställa kvalitetsindikatorer i tillräcklig omfattning. Mentalvården är bara ett exempel men det finns fler områden som är dåligt representerade i poängberäkningen. En fråga som diskuteras i Storbritannien är om dessa områden kommer att prioriteras ner i det nya systemet? Hur går det t.ex. med de ”mjukare” värden som den engelska vården är känd för att värna om. En annan

risk som framhålls är att vårdgivaren vill undvika svåra patienter och områden med stor vårdtyngd. Den justerade kapitationsdelen av ersättningen ska dock ta hänsyn till vårdtyngd i större utsträckning än vad den gamla kapitationsersättningen gjorde. Trots det finns som vanligt risk för kortsiktigt agerande och manipulerande av systemet. Vårdgivare kan även luras när det gäller inrapporteringen. Systemet kommer sannolikt att kräva en del kostnader avseende övervakning (Smith & York 2004).

I Storbritannien är man medveten om att detta systemet kommer att kräva uppföljning. Därför planeras att identifiera oväntade (och ovälkomna) effekter, att uppgradera kontrollsystemet med nya erkända metoder och att kontinuerligt finjustera så de förväntade effekterna uppnås/bibehålls. En intressant fråga som diskuteras är givetvis hur stora effekterna blir och om de blir bestående. Ett scenario som anses tänkbart är att möjligheten att få bestående effekter kontinuerligt kommer att kräva nya möjligheter för vårdgivaren att öka sin inkomst. En annan intressant fråga är om detta incitamentsprogram kommer att påverka (underminera) vårdgivarnas moraliska agerande. Kommer ett system som i så stor utsträckning lutar sig mot explicita ekonomiska incitament att göra vårdgivarna mindre benägna att handla för patientens bästa?

Simrishamns sjukhus – ett exempel på resultatbaserad ersättning i Sverige

Den 1:e november 2000 privatiserades driften av Simrishamns sjukhus. Ett femårigt avtal slöts mellan den politiska ledningen i Region Skåne och den privata vårdgivaren Närsjukvården Österlen AB (Viklund, Lassen-Nielsen, Ståhl 2006). Avtalet omfattade både slutenvård och öppenvård för cirka trettio tusen invånare. Syftet vara bl. a. att komplettera den offentliga verksamheten med en aktör som arbetade under marknadsmässiga förutsättningar. Förhoppningen var att både öka effektiviteten och visa på möjligheter till förnyelse av den svenska vården.

De krav som ställdes på Närsjukvården Österlen AB i avtalet utgick från ett så kallat balanserat styrkort. Detta styrkort utgjorde dessutom bas för det ersättningsystem som upprättades och låg också till grund för den återkommande utvärderingen av verksamheten. I övrigt var kontraktet inte detalj specificerat, utan tanken vara att verksamheten skulle utvecklas i takt med ökad erfarenhet och i samarbete mellan parterna.

Balanserade styrkort är ursprungligen tänkta som verktyg för styrning, där långsiktiga finansiella mål kopplas samman med prestationsmål inom fyra olika perspektiv. Man kan jämföra kortet med instrumentpanelen i ett flygplan. För att

klara den komplicerade uppgiften att flyga ett flygplan behöver piloten en mängd detaljerad information som berör olika aspekter av flygningen. På instrumentpanelen och via dess kringutrustning kan piloten inhämta information om bränslemängd, lufthastighet, var man befinner sig, hur högt man flyger, vart man ska m.m. På samma sätt behöver ledningen i en komplex organisation fortgående kunna överblicka verksamheten inom olika områden. Det balanserade styrkortet gör det möjligt för ledningen att se organisationen ur fyra viktiga perspektiv (Kaplan & Norton 1992). Kortet ger i sitt ursprungsutseende svar på frågorna:

- Hur ser kunderna på oss? (kundperspektivet)
- Vad måste vi bli bättre på? (interna verksamhetsperspektivet)
- Kan vi fortsätta att förbättra oss och skapa värden? (innovations och inlärningsperspektivet)
- Hur ser aktieägarna på oss? (det finansiella perspektivet)

Inom varje perspektiv fastställs vilka mål som ska uppfyllas och hur man ska mäta måluppfyllelsen. Balanserade styrkort var ursprungligen tänkt som ett verktyg för ledningen att styra komplexa verksamheter, men där det förutsattes att verksamheten gick att mäta. "If you can't measure it, you can't manage it" (Kaplan & Norton 1996 sid. 21).

Möjligheterna att mäta verksamhetens resultat är mindre inom hälso- och sjukvården än inom exempelvis tillverkningsindustrin. Mätning och kontroll i för stor omfattning kan dessutom i sig innebära försämrat resultat inom denna sektor eftersom verksamheten till stora delar bygger på intern motivation och en professionell organisationsform (Ouchi 1979). I den mån mätning går att genomföra är den beroende av utvecklingsarbete inom professionen. Det är således snarast professionen som kontrollerar mätinstrumenten och inte tvärt om (Aidemark 2001). Erfarenheter från användandet av balanserade styrkort har visat att dessa går att använda på många olika sätt. När det gäller hälso- och sjukvård kan styrkortet istället för toppstyrning användas som ett styrinstrument där alla parter medverkar och samarbetar för att nå bästa resultat. Det var också på detta sätt man såg på det balanserade styrkortet när det gällde avtalet mellan Region Skåne och Närsjukvården Österlen AB. Avsikten var inte att styra i detalj utan att ge utrymme för utveckling (bl.a. av mätmetoder) men ändå kunna utgå från de mål som fanns på den politiska nivån och sedan bryta ned dem till framgångsfaktorer som operationaliserades och följdes upp (Aidemark 2001).

Det balanserade styrkortet kom att innehålla följande fyra perspektiv: ett "Hälsoperspektiv", ett "Riktningperspektiv", ett "Befolknings/patientperspektiv" och ett "Ekonomiperspektiv". Inom varje perspektiv fanns målsättningar, kritiska framgångsfaktorer, en strategi/handlingsplan och ett antal kritiska styrtal eller uppföljningsparametrar.

Det visade sig att de uppsatta målen var svåra att uppnå på kort sikt. Många av de tänkta mätningarna var svåra att genomföra och det var svårt att fastställa ambitionsnivån inom de olika målområdena. Att samarbeta var således inte bara en god intention utan också av stor vikt för att det hela skulle fungera på bästa sätt (Aidemark 2001). Utvecklingen av styrkortet skedde således i samarbete mellan Närsjukvården Österlen AB och distriktsnämnden och de mätningar som gjordes under det första året låg sedan till grund för ambitionsnivån år två. Vissa områden som visade sig för svåra att mäta ersattes med utvecklingssamtal och fördjupade diskussioner. Distriktsnämnden har haft ansvaret för att driva utvecklingen framåt medan Närsjukvården Österlen AB haft huvudansvaret för att genomföra de mätningar man kommit överens om. Ett viktigt inslag har hela tiden varit att Närsjukvården Österlen AB haft stor handlingsfrihet när det gäller hur målen skulle nås. Under en upptaktsfas på några år var mätningarna inom ramen för det balanserade styrkortet i fokus. Men efterhand ledde samarbetet, och med det ett ökat förtroende för varandra, fram till insikten att helheten var viktigare än de isolerade mätningarna. Intresset hos nämndens politiker förflyttades från verksamhetens prestationer och ekonomi till patientreaktioner och folkhälsa. Hur många vårdtillfällen och läkarbesök som presterades var inte det primära för beställaren. Dessa parametrar tillhörde utförarens spelplan.

Vid utformandet av ersättningen till Närsjukvården Österlen AB var det viktigt att upprätthålla en stor handlingsfrihet när det gällde hur vården skulle produceras med samtidigt gällde det att se till att befolkningen fick önskad tillgänglighet till vård och att det skedde en ökad integration mellan olika vårdnivåer. Man fastnade för en mix av fast och rörlig ersättning. Den slutna vården ersattes inom geriatrik/rehabilitering med en fast och en rörlig del, medan övrig slutenvård ersattes efter antalet DRG poäng med volymtak. För öppenvården hade ersättningen också en fast och en rörlig del. Om planerade "normalvolymter" överskreds ersattes dessa utöver den fasta ersättningen med ett reducerat styckpris som motsvarade vårdgivarens rörliga kostnader. Utöver dessa ersättningar fanns justeringar i beloppen kopplade till parametrar i styrkortet. Beroende på resultat kunde den totala ersättningen justeras både uppåt och nedåt. Variablerna som användes vid den resultatbaserade justeringen av ersättningen var patienttillfredsställelse, registrerade väntetider och medicinska resultat. En fjärde parameter, andelen färdigbehandlade utan vidare remiss, var tänkt från början men föll på grund av mätsvårigheter. Den resultatbaserade delen av ersättningen kunde påverka den totala ersättningen med ± 2 procent beroende på hur bra man presterade i förhållande till de förväntade målen. Patienttillfredsställelsen mättes löpande via så kallade pekskärmar. Om patientnöjdheten nådde 90 procent av ett nöjdhetsindex ökades totalersättningen med 0,5 procent. Om patientnöjdheten understeg 80 procent reducerades istället ersättningen med 0,5 procent. De medicinska resultaten

hämtades från kvalitetsindex. Även ersättningsmodellen har reviderats något efter hand.

Distriktsnämnden räknade med att driften av Simrishamns sjukhus i privat regi skulle minska kostnaderna med 12 procent jämfört med att driva sjukhuset vidare som tidigare. 2004 konstateras att besparingarna blev större än beräknat eftersom kostnaderna i de förvaltningsdrivna sjukhusen ökat mer än vad som kalkylerades med när avtalet med Närsjukvården Österlen AB skrevs.

Aidemark (2005) konstaterar att resultatet av det arbets sätt som använts i Simrishamn varit framgångsrikt. Utöver parternas samarbetsvilja och de positiva effekterna av det balanserade styrkortet nämns atmosfären hos personalen och områdets geografiska begränsning som viktiga framgångsfaktorer. Inställningen till projektet har varit positiv bl.a. beroende på att alternativet varit nedläggning av Simrishamns sjukhus. Områdets geografiska och befolkningsmässiga begränsning har inneburit att det varit enkelt att beräkna "normalvolym", vilket minskat risken för expansion på bekostnad av andra angränsande vårdgivare. Även Region Skånes utredare Stefan Rudholm, konsult på managementföretaget Grufman Reje (2004) är positiv. Närsjukvården Österlen AB konstateras ha producerat god vård med bra tillgänglighet och hög kvalitet. Något ökad produktivitet jämfört med offentligt driven vård konstateras också. Öppenheten mot Region Skåne har dessutom varit större än i Region Skånes egna verksamheter. På minussidan nämns otillräcklig aktivitet när det gäller samarbetet med Simrishamn och Tomelilla kommuner i det förebyggande vårdarbete. Ett annat mer långsiktigt problem kan vara att bibehålla kompetensen beroende på svårigheterna att locka personal till mindre sjukhus (Grufman Reje 2004) och på att ekonomin inte räckt till för att hålla jämna steg med löneutvecklingen i den offentliga vården (Öhrlings 2002).

Avtalet mellan Region Skåne och Närsjukvården Österlen AB löpte ut den 30 november 2005.

4.4 Kan insamlade data användas så ersättningsprinciperna fungerar bättre

I England har man 25 års erfarenhet av att samla in data över vårdgivares prestationer. Under dessa år har denna datainsamling genomgått en omfattande utveckling. Informationsteknologin har kraftigt reducerat priset för att samla in och bearbeta data. Samtidigt har efterfrågan på data ökat i takt med att allmänhetens och politikernas förtroende för läkarprofessionen minskat. Datainsamlingen har i stort varit inriktad på att förse administratörer och chefer med information för att på detta sätt kunna kontrollera vårdgivare. Enbart ökad

kontroll tycks dock fungera dåligt. Kontroll i kombination med incitament har fungerat bättre men även här tycks det finnas en baksida i form av oönskade beteenden som uppkommer för att manipulera systemet d.v.s. att vårdgivare uppfyller det som kontrolleras men inget mer. I frågan om manipulation handlar det ofta om muntliga historier om hur systemet manipulerats, men det finns också dokumenterade exempel bl.a. anställning av ”hello!” sköterskor vars enda funktion var att se till att alla akuta patienter fick ”kontakt” med vården inom fem minuter (House of Commons Public Administration Select Committee 2003). De som kontrolleras lär sig systemet och dessutom minskar deras motivation att göra ”rätt” saker.

Smith (2005) menar att det gamla sättet att se på prestationsdata säkerligen behövs, men att vi nu måste koncentrera oss på andra användningsområden för dessa data för att kunna öka effektiviteten. En viktig fråga är hur data ska göras tillgänglig för allmänheten. Erfarenheten visar att medborgarna inte är beredda att ägna speciellt mycket tid åt att nagelfara prestationsdata från hälso- och sjukvården. Det är alltså viktigt att presentera data på ett sätt som är lätt att förstå. I England har man tagit ett första steg i denna riktning genom införandet av en offentligt tillgänglig årlig betygsättning där varje vårdorganisation inom The national health service (NHS) tilldelas ett betyg som kan variera från 0 till 3 stjärnor. Betyget bygger på prestation avseende 40 stycken indikatorer (Smith 2002). Detta sätt att redovisa prestationsdata har fått stor inverkan på hälso- och sjukvården även om debatten är intensiv om detta är på gott eller ont. Metoden är ett exempel på hur patienterna även i ett svenskt kapitationssystem skulle kunna bli mer välinformerade i sitt val av vårdgivare. Vidare menar Smith att det är viktigt att inse att vårdgivare kan ha andra motiv än att tjäna så mycket pengar som möjligt och göra så lite som möjligt. Det kan istället vara så att professionen och patienten har samma mål. Istället för att bryta ner bör man sannolikt ta vara på detta. En möjlig väg till ökad effektivitet kan därför, istället för ökad övervakning och kontroll, vara att få professionen att engagera sig på ett mer kreativt sätt. Insamlade data kan exempelvis i större utsträckning användas av professionen själv för att uppnå förbättringar. Den gamla frågeställningen, om data ska samlas in och vilka data som i så fall är aktuella, förändra nu snabbt till frågor om hur data bäst ska sammanställas och presenteras och hur de ska användas för att uppnå ett system som betecknas av effektivitet och ständig förbättring.

5. SAMMANFATTANDE KOMMENTAR

Olika ersättningsprinciper ger olika incitament. Det finns dock ingen enskild ersättningsprincip som ger vårdpersonalen incitament att nå alla de mål som finns inom hälso- och sjukvården. Ofta innehåller de olika principerna både positiva och negativa egenskaper. Traditionellt *anslag*, som utgår från organisationens behov av resurser, ger varken incitament till ökad output, ökad kvalitet eller låga kostnader men ger i gengäld relativt bra kostandskontroll och liten risk att vårdproducenten försöker undvika speciellt resurskrävande patienter. Anslaget ger också inkomsttrygghet om arbetsförhållandena är komplexa. *Kapitation* är bra ut kostnadskontrollsynpunkt men riskerar att tränga undan vårdtagare med störst behov och innebär risk för att produktionen blir för låg. Prestationsorienterade ersättningar ger istället incitament till högre produktion men medför dock andra nackdelar. *Ersättning per åtgärd* ökar produktionen men medför samtidigt en sämre kostnadskontroll för finansären. Utan produktionsbegränsningar kan denna typ av ersättning t.o.m. leda till att för mycket vård produceras. Principen ger dessutom incitament till att undvika kostsamma patienter och att välja de åtgärder som är mest lönsamma. Metoden kräver att verksamheten går att mäta och kontrollera. *Ersättning per produktgrupp (DRG)* är ett sätt att öka detaljstyrningen av vårdproducenten och därigenom minska riskerna för att denna försöker ”plock russin ur kakan”. Metoden ger både incitament till ökad output och att minskade kostnader, men den ökade styrningen medför samtidigt lägre produktionsincitament än ersättning per åtgärd. En vägledning om vilka incitament en viss ersättningsprincip skapar kan fås genom att analysera principens egenskaper gällande aktivitetsgrad (fast eller rörlig ersättning) och tidsperspektiv (prospektiv eller retrospektiv ersättning) (se tabell 2 med tillhörande text).

I Sverige verkar det som om både de positiva och negativa effekterna av olika ersättningssystem blir relativt begränsade. Detta beror på att det inte bara är ersättningssystemens utformning som styr individens handlande. Exempel på andra styr signaler är t.ex. de normer och etiska regler som också styr sjukvårdspersonalens handlande. Dessa utgör ofta en balanserande faktor till de ekonomiska incitament som skapas via ersättningssystemen. Som en reaktion på detta och på bristen av kvalitetsincitament har intresset för *resultatbaserad ersättning* ökat. Detta är en ersättningsform som hittills förekommit i relativt liten omfattning. Eftersom det egentligen inte är hälso- och sjukvårdens process utan det resultatet som kommer ut av processen som är intressant är detta en positiv och spännande utveckling. Vi som samhällsmedborgare vill att sjukvården ska åstadkomma god hälsa hos befolkningen, att då ersätta i förhållande till uppnådda hälsoeffekter borde vara idealt. Problemet är hur god hälsa ska kunna mätas på ett användningsfritt sett. Även om detta är svårt har

förutsättningarna att lyckas förbättrats tack vara nya informationssystem för att följa upp och mäta resultat i vården.

Beroende på vad man vill åstadkomma och hur de områden man vill påverka är beskaffade kan, tors de negativa konsekvenser som beskrivits, säkert olika ersättningsprinciper fungera bra. Här handlar det mycket om rätt ersättningsprincip på rätt plats. Ersättning per åtgärd kan fungera bra där det som ska utföras inte är för komplicerat och där interna motiv som exempelvis professionalism eller viljan att hjälpa andra spelar mindre roll. Metoden är speciellt lämpad där ökad output är viktigt. Mycket av den service som upphandlas t.ex. laboratorietester kan säkert fungera bra med denna typ av ersättning. I dylika fall är risken för överproduktion dessutom liten. Om risk finns för kvalitetsförsämring bör finansiären se upp med detta. Kapitation kan fungera vid mer komplicerade processer där det är svårt att gå in och styra i detalj och där kostnadskontroll är viktigt. Om det visar sig att kapitationsersättningen medför låg produktion och kvalitet kompletteras den lämpligen med andra ersättningsprinciper eller andra metoder för att styra. Ett alternativ kan vara att öka information till allmänheten avseende vårdkvalitet och service parallellt med ökade möjligheter för patienter att byta vårdproducent. Ersättning baserad på produktgrupper fungerar bäst inom områden där produktgrupperna är vanligt förekommande och valmöjligheterna avseende behandling och skillnaderna i kostnader mellan olika patienter är relativt små. Det måste också gå att fastställa vad som är "rätt" behandling. Slutligen fungerar anslag baserade på historiska kostnader bäst där graden internmotivation är stor. Där valmöjligheterna och möjligheten till kontroll över arbetsprocessen är lite och där utvecklingstakten är hög.

Att ekonomiska incitament påverkar finns det mycket empiriska bevis för, men ökande ekonomiska incitament och ökande kontroll av producenter är som framkommit i denna rapport en balansgång. Balansgången gäller inte bara balansen mellan de positiva och negativa incitament som olika ersättnings-system skapar, utan också en balans mellan extern motivation, i form av prestationsersättning och kontroll, och intern motivation där drivkraften exempelvis kan vara tillfredställelsen med att göra ett bra jobb. Områden där intern motivation är viktig är framförallt områden med mer komplicerade arbetsuppgifter eller områden med ett stort inslag av altruism. Båda dessa fenomen förekommer i hög grad inom hälso- och sjukvårdsområdet. Här passar ibland inte den traditionella prestationsersättningen eftersom den finns en risk att den eroderar den interna motivationen på grund av att vårdgivaren upplever att hon/han blir belönad för "fel saker" och på grund av att ersättningsystemet i sig kräver ökad kontroll. Tecken på detta finns hos läkarkåren där prestationsersättning införts, både i form av känslor av minskad professionalism (Siverbo & Kastberg 2005) och frustration med resultatet av det man gör (Forsberg

2001). Om vårdgivarens interna motivation försvinner kommer denne bara att göra de moment som ger mest extern belöning. Det är intressant att se att i debatten kring ersättningsprinciper i Europa diskuteras ofta frågan om hur ersättningen kommer att påverka vårdgivarens etik, moral och motivation. Dessa frågor diskuteras i betydligt mindre omfattning i USA. Med utgångspunkt från detta är det inte säkert att ersättningsprinciper kommer att ge samma empiriska effekter i Sverige som i USA. Individens värderingar och miljön är viktig när man ska utforma och implementera nya ersättningsprinciper.

Att kombinera olika ersättningsprinciper blir allt mer vanligt. Detta är ett sätt att försöka fånga de positiva effekterna och mildra de negativa effekterna av enskilda ersättningsprinciper. En intressant kombination är en stor andel grundersättning som utgår via anslag eller kapitation. Denna del är tillräckligt stor för att täcka förväntade kostnader och kombineras sedan med någon form av bonus som utgår när vårdgivaren presterat något bra. Bonusen bör om möjligt grundas på det resultat som åstadkoms. Grundersättningen ger ekonomisk trygghet och handlingsfrihet (vårdgivaren behöver inte ”prostituera sig” för att klara sin ekonomi) medan bonusen bör kunna fungera som en ersättning som både ger ekonomiska incitament och även stimulerar den interna motivationen. Bonusen utgår som något extra när viljan att göra ett bra jobb och viljan att hjälpa andra bär frukt. Fokus på resultat istället för process minskar dessutom behovet av kontroll över processen vilket också bör vara positivt i ett internmotivperspektiv. Bonusen kan vara subjektivt bedömd men bör helst vara så objektiv som möjligt. Här återstår mycket forskning och utveckling både för att på ett bra sätt kunna göra en objektiv bedömning av resultat och även utvärdera de empiriska effekterna av intern respektive extern motivation.

Införandet av nya ersättningsprinciper är inte en engångsåtgärd utan kräver kontinuerlig uppföljning. I praktiken visar det sig ofta att de verkliga effekterna av införandet inte helt överensstämmer med vad som förväntas. Detta beror på att de ekonomiska incitament ersättningen medför endast utgör en liten del av allt som motiverar de som arbetar i verksamheten.

Både i Sverige och utomlands kan noteras ett ökat intresse för resultatbaserad ersättning i kombination med andra ersättningsformer. Intresset verkar ofta inriktat mot en tredelad modell där anslag (lön) eller kapitation i kombination med ersättning per produktgrupp utgör grunden men där resultatbaserad ersättning är ”grädden på moset”. Praktiska intressanta erfarenheter av resultatbaserad ersättning i kombination med andra typer av ersättning finns också i den modell som använts i Sölvesborg. Här handlade det om privat vård, men principen bör kunna användas även inom den offentliga verksamheten. Ett intressant fenomen i Sölvesborg har varit att vikten av mätning i vissa avseenden tonats ner till förmån för samtal och samarbete. Detta är intressant eftersom det

oftast är svårigheten att kunna mäta som utgör det största argumentet mot resultatbaserad ersättning.

Viktigast av allt när det gäller effektiv produktion är sannolikt ändå att ledningen är intresserad och tror på det man gör (intern motivation även här), att förändringar genomförs i samarbete med alla berörda parter och att effekterna hela tiden följs upp. Förändringsarbetet bör inte vara för omvälvande utan pågå stegvis under lång tid.

5.1 Vad bör göras för att öka kunskapen om olika ersättningssystem

Inom forskningsvärlden

Den stora mängden faktorer som påverkar effekterna av ett finansiellt incitamentsprogram medför att det är viktigt att registrera och mäta så mycket av dessa faktorer som möjligt vid utvärderingar av ersättningsprinciper. Om detta görs med systematik kan finansiärer och andra via forskningsresultat på sikt lära sig mer om vilka faktorer som är kritiska för att ett incitamentsprogram ska fungera som det är tänkt. Randomiserade studier är att föredra men dessa är ofta praktiskt svåra att genomföra. En alternativ forskningsmetod för att öka kunskapen i ämnet kan vara att studera de finansiella incitamentsprogram som fungerat bäst respektive de som fungerat sämst. Med bäst och sämst menas här hur programmen fungerat i förhållande till förväntade/önskade effekter. Genom detta förfaringsätt kan vi förhoppningsvis lära oss vilka faktorer som är viktigast för att ett nytt incitamentsprogram ska fungera.

Det är inte bara storleken på inkomsten som styr en vårdproducents agerande även om ekonomisk teori ofta utgår från det antagandet. Vilka andra motiv som är viktiga för en läkare i dennes beslut är en intressant frågeställning vars svar kan vara viktiga för utformningen av framtidens ersättningssystem. Detta har också inverkan på en annan intressant fråga som berör i vilken utsträckning den totala motivationen påverkas av ökade ekonomiska incitament. Detta leder i sin tur fram till frågan om hur mycket vi bör kontrollera och styra. Risken finns att man ofta hamnar i ett systemtänkande som glömmer bort individens ansvar och förmåga.

Inom landstingen

Det är viktigt att den kunskap som finns inom landstingen samlas in och dokumenteras. Ett hjälpmedel för att åstadkomma en så uttömmande och paktiskt användbar dokumentation som möjligt kan liksom i forskningsfallet vara en mall där alla de olika variabler som kan påverka effekterna av ett ersättningssystem finns angivna. Genom detta kan de variabler som uppgiftslämnaren vet något om dokumenteras. Sannolik måste kravet på noggrannhet vid bedömningen av variablernas storhet hållas relativt låg (annars riskerar man att missa viktig information). Bedömningen kan exempelvis göras på en femgradig skala. Här åstadkoms inga vetenskapliga bevis, men praktisk erfarenhet är lika viktig som vetenskapliga bevis i den praktiska verksamheten.

När det gäller ersättningssystemens framtida utformning bör finansiärer och producenter i samråd bestämma vad det är man vill uppnå och sedan komponera ersättningssystem som kan antas stämma med dessa mål. I Sverige pågår utveckling av flera nya intressanta ersättningssystem och här bör landstingen hjälpas åt och utbyta erfarenheter i större omfattning än vad som gjorts tidigare. Det är viktigt att landstingen redan från början följer upp vilka effekterna blev, även om detta kan vara komplicerat och ta tid.

En blick på tabell 2 ger snabbt ett svar på varför intresset för resultatbaserad ersättning ökat. Det råder brist på plustecken i kolumnen ”hög vårdkvalitet”. De övriga ersättningsprinciperna saknar i stor utsträckning incitament för ökad kvalitet. Tabell 2 kan också eventuellt ge en indikation på nästa område som kan komma att intressera de som utvecklar och använder sig av ersättningsprinciper för att styra hälso- och sjukvården. En relevant fråga kan vara varför det ansätts viktigt att ersättningsprinciperna är neutrala i valet mellan olika åtgärder när det egentligen är så att vissa åtgärder ska prioriteras före andra. Eftersom prioriteringar inom hälso- och sjukvården i framtiden sannolikt kommer att bli allt angelägnare är en viktig fråga hur ersättningsprinciperna ska kunna verka i samma riktning som gjorda prioriteringar. Om samhället exempelvis vill att hälso- och sjukvården ska satsa mer på patienter med stora behov än små behov bör kanske ersättningssystemen också uppmuntra detta. Detta skulle dessutom kunna minska behovet av ransonering via olika takkonstruktioner då intresset/vinsten av att så snabbt som möjligt fylla upp sin kvot, helst med patienter som är relativt lättbehandlade, minskar. Det blir istället relativt sätt mer lönsamt att vänta in patienter med hög prioritet.

5.2 Slutsatser

- De ersättningsprinciper som finns att tillgå skapar olika typer av ekonomiska incitament vilka kan användas för att styra vårdproducenter.
- Att avstå från att välja ersättningsprincip är också indirekt ett val av de ekonomiska incitament som redan finns, eftersom inget ersättningssystem är neutralt när det gäller ekonomisk styrning.
- Ekonomiska incitament påverkar vårdproducenters beteende, men hur stark påverkan bli beror också på andra faktorer.
- De ekonomiska incitamenten fungerar bäst om de kan användas för att bekräfta det alla inblandade parter redan är överens om istället för att försöka styra människor mot deras egen vilja. Det är därför viktigt att de inblandade är medvetna om och, i möjligaste mån, överens om verksamhetens mål.
- Erfarenheter från landstingen visar att ersättningssystem med fokus på hur mycket som presteras ofta ger problem med kostnadskontrollen. Ökad kostnadskontroll ger i sin tur vårdproducenten minskade prestationsincitament. Lösningen finns förhoppningsvis i en blandning av ersättningsprinciper. I denna blandning kan resultatbaserad ersättning utgöra en relativt liten del, men ändå ge starka incitament till prestation inom viktiga områden.
- En viktig del av den fortsatta forskningen kring ersättningsprinciper är att kartlägga hur andra miljö- och omgivningsfaktorer påverkar det praktiska utfallet av införandet av olika ekonomiska incitament. Ett intressant område i detta avseende är att studera förhållandet mellan extern och intern motivation.
- Inom landstingen är det viktigt att man dokumenterar egna erfarenheter från olika ersättningsprinciper och att man delar med sig av dessa och tar del av andras erfarenheter.

REFERENSER

Aidemark, L-G. (2001) The meaning of balanced scorecards in the health care organisation. *Financial Accountability & Management*, vol. 17: 1, ss. 23-40.

Aidemark, L-G. (2005) *Konkurrens och Samverkan - Att använda Balanced Scorecard vid privatiseringen av ett sjukhus*. Uppsats presenterad vid: The 18 th Scandinavian Academy of Management.

Alfredsson, I., Bergh, A., Gustafsson, S., Ljungberg, G., Olsson, C. & Rönnqvist, L-O. (1995) *Nu utvärderar vi Bohusmodellen. Delprojekt, produktivitet, kostnadseffektivitet och totalkostnadskontroll. Slutrapport*. Göteborg, Bohuslandstinget, rapport 13.

Altman, S.H. & Young, D. A. (1993) A decade of Medicare's prospective payment system - success or failure? *The Journal of American health policy*, vol.3: 2, ss.11-9.

Anell, A. (1994) *Sjukhusens kontrakt. Från anslag till intäkter*. Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi. SNS, Lund.

Anell, A. & Svarvar, P. (1995) Ekonomiska styrformer i hälso- och sjukvården: utvecklingslinjer och lärdomar för framtiden. I *Den planerade marknaden. Om nya styrformer i hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:7. Gotab, Stockholm

Bergman, S.E. & Dahlbäck, Ulla. (2001) *Ersättningsmodeller – En kartläggning inom hälso- och sjukvården*. CHSA Rapport nr 2, 2001.

Bailit Health Purchasing, LLC. (2002) *Provider incentive models for improving quality of care*. National Health Care Purchasing Institute.

Bodenheimer, T., May, J., Berenson, R. & Coughlan, J. (2005) Can money buy quality? Physician response to pay for performance. *Issue Brief - findings from HSC*, nr. 102 december.

Bridges to excellence home page. (Elektronisk resurs)
<http://www.bridgestoexcellence.org/> Tillgänglig (20061024)

Carlsson, P. Vad menas med styrning av hälso- och sjukvård? I *Den planerade marknaden. Om nya styrformer i hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:7. Gotab, Stockholm

Charpentier, Clas. & Samuelsson, L. (2000) *Effekter av en sjukvårdsreform. En analys av Stockholmsmodellen*. Handelshögskolan i Stockholm: EFI, Ekonomiska forskningsinstitutet.

Chulis, G.S. (1991) Assessing Medicare's prospective payment system for hospitals. *Medical care review*, vol 48: 2, ss. 167-206.

Clara-kommittén slutrapport (2005) Landstinget Gävleborg

Coulam, R.F. & Gaumer, G.L. (1991) Medicare's prospective payment system: a critical appraisal. *Health Care Financing Review*, Supplement, vol. 13: 2, ss. 45-78.

Cromwell, J. & Puskin, D. (1989) Hospital productivity and intensity trends: 1980-87. *Inquiry*, vol. 26: 3, ss. 366-380.

Davis, C. & Rhodes, D.J. (1988) The impact of DRGs on the cost and quality of health care in the United States. *Health Policy*, vol 9: 2, ss. 117-31.

Deci, E. & Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivations and self-determination in human behaviour*. New York: Plenum Press.

Den politiska och ekonomiska styrningen av hälso- och sjukvården inom Region Skåne under åren 1999-2002 – Slutrapport. (2003) Inregia AB i samverkan med Vasco Advisers AB.

Docteur, E. & Oxley, H. (2003) Health-care systems: lessons from the reform experience. *OECD Health Workin Papers 9*.

Douma, S. & Schreuder, H. (1992) *Economic approaches to organizations*. London: Prentice Hall.

Dudley, R.A., Frolich, A., Robinowitz, D.L., Talavera, J.A., Broadhead, P. & Luft, H.S. (2004) *Strategies to Support Quality-Based Purchasing: A Review of the Evidence*. Rockville, Md: Agency for Healthcare Research and Quality: Technical Review 10:AHRQ publication 04-0057.

Eastaugh, S.R. (1987) Has PPS affected the sophistication of cost accounting? *Healthcare financial management*, vol. 41:11, ss. 50-53.

Endsley, S., Kirkegaard, M., Baker, G. & Murcko, A.C. (2004) Getting rewards for your results: Pay-for-performance programs. *Family practice management*, mars. ss. 45-50

Feder, J., Hadley, J. & Zuckerman, S. (1987) How did Medicare's prospective payment system affect hospitals? *New England Journal of Medicine*, vol. 317: 14, ss.867-73.

Forsberg, E. (2001) *Do financial incentives make a difference?* Uppsala universitet. Acta universitatis upsaliensis.

Forsberg, E., Axelsson, R. & Arnetz, B. (2004) The relative importance of leadership and payment system. Effects on quality of care and work environment. *Health Policy*, vol. 69: 1, ss.73-82.

Frey, B. (2002a) *Not just for the money*. Cheltenham. Edward Publishing.

Frey, B. (2002b) How does pay influence motivation? I Frey, B. & Osterloh, M. (red). *Successful management by motivation – Balancing intrinsic and extrinsic incentives*. Berlin. Springer.

Frey, B. & Osterloh, M. (2002) Motivation – A dual-edged factor of production I Frey, B. & Osterloh, M. (red) *Successful management by motivation – Balancing intrinsic and extrinsic incentives*. Berlin. Springer.

Förslag till utvecklad resursfördelningsmodell i Örebro läns landsting (2005) Örebro läns landsting. Hälsokansliet.

Gosden m.fl. (2003) *Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians (Cochrane Review)*. I The Cochrane Library, vol 4. Chichester. John Wiley & Sons Ltd.

Groot, T. (1999) Budgetary reforms in the non-profit sector: a comparative analysis of experiences in health care and higher education in the Netherlands. *Financial Accountability & Management*, vol.15: 3&4, ss. 353-376.

Grufman Reje management (2004) *Rapport avseende: Utvärdering av entreprenaddriften av sjukvården i Simrishamn*.

Hallin, B. & Siverbo, S. (2002) *Jakten på den goda styrningen – En kunskapsöversikt kring styrning och organisation inom hälso- och sjukvården*. CHSA Rapport Nr 3.

Hansen, DG. (1997) Worker performance and group incentives: A case study. *Industrial & labour relations review*, vol.51. ss. 37-49.

Hays, S. (1999) Pros & cons of pay for performance. Are pay-for-performance programs good for the company or bad for morale? *Workforce*, feb. ss. 68-72.

Heland, von. H., Billfalk, M., Endredi, A. & Molin, H. (2002) *Hälso- och sjukvårdens ersättningsssystem. Granskning av ersättningsssystem inom vården*. Revisionsrapport Ernst& Young.

Henley, E. (2005) Pay-for-performance: What can you expect? *The Journal of Family Practice*, vol. 54: 7, ss.609-612.

House of Commons Public Administration Select Committee (2003) *On Target? Government by Measurement*. The Stationery Office, London.

Hälso- och sjukvårdens ersättningsssystem. Landstinsrevisorerna Rapport nr.23/02.

Jacobsson, F. (2005) *Den barmhärtige ekonomiten – Effektivtets och rättviseaspekter på altruism och hälsa*. Diss Linköpings Universitet. Unitryck.

Jacobsson, F., Johannesson, M. & Borgquist, L. (kommande 2007) Is Altruism Paternalistic? *Economic Journal*.

Jegers, M., Kesteloot, K., De Graeve, D. & Gilles, W. (2002) A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy*, vol. 60: 3, ss. 255-273.

Jonsson, E. (1991) Effekter av konkurrens i offentlig tjänsteproduktion. I Arvisson, G. & Jönsson, B. red, *Valfrihet och konkurrens i sjukvården*. Stockholm, SNS förlag.

Jonsson, E. (1994) *Har den s.k. Stockholmsmodellen genererat mer vård för pengarna?* Stockholm: IKE, rapport 48.

Jonsson, E. (1995) *Har den s.k. Dala- respektive Örebromodellen genererat mer vård för pengarna? En jämförande utvärdering i sammanfattning*. Stockholm: Landstingsförbundet.

Jonsson, E. (1996) *Effektivitetsstudier i landstingen*. Stockholm: Socialstyrelsen, AU.

Jones, D. & Kato, T. (1995) The productivity effects of employee stock-ownership plans and bonuses. *American Economic Review*, vol. 85:3, ss. 391-415.

Kaplan, R. & Norton, D. (1992) The Balanced Scorecard - measures that drive performance. *Harvard Business Review*, vol. 70 : 1, ss. 71-79

Kaplan, R. & Norton, D. (1996) *The Balanced Scorecard – Translating strategy into action*. Boston, Mass. Harvard Business School Press

Kaufman, RT. (1992) The effects of improshare on productivity. *Industrial & labor relations review*, vol. 45:2, ss.311-322.

Kluger, A.N. & DeNisi, A. (1996) The effects of feedback interventions on performance: a historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory. *Psychological Bulletin*, vol. 119:2, ss. 254-284.

Krasnik, A. m.fl. (1990) Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. *BMJ*, vol. 300 ss. 1698-1701.

Kron, B. (2002) *Ersättningssystem för sjukhusens öppenvård*. Västra Götalandsregionen. Enheten för Analys- och utvärdering.

Kruse, DL. (1993) Profit sharing: Does it make a difference? Kalamazoo, Mich: W.E. Upjohn Institute for Employment Research.

Landstingsplan 2006-2008 och budget 2006. (2005) Landstinget Uppsala län

Lindvall, S. (2004) *Projekt Kraftsamling – Resursfördelning och ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvården*. Arbetsrapport. Sveriges Kommuner och Landsting.

Le Grand, J. (2003) *Motivation, agency, and public policy – Of knights & knaves, pawns & queens*. Oxford. University press.

Luft, H. S. & Miller R.H. (1988) Patient selection in a competitive health system. *Health Affairs* vol. 7, ss. 97-119.

Maarse, H., Rooijackers, D. & Duzijn, R.(1993) Institutional responses to Medicare's prospective payment system. *Health Policy*, vol. 25. 3, ss. 255-70.

Marshall, M & Smith, P. (2003) Rewarding results: Using financial incentives to improve quality. *Quality and Safety in Health Care*, vol.12, ss. 397-398

McGuire, A., Henderson, J. & Mooney, G. (1988) *The economics of health care – An introductory text*. London & New York. Routledge.

McNamara, P. (2005) Quality-based payment: six case examples. *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 17:4. ss.357-362.

Med-Vantage, Inc. (2004) Provider pay-for-performance incentive programs: 2004 national study result. (Elektronisk resurs) Tillgänglig (20051101): <http://www.medvantageinc.com/Pdf/MV_2004_P4P_National_Study_Results-Exec_Summary.pdf>.

Olsson, Lena. & Thorling, Jan. (2005) *Ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvården – En uppföljning av tidigare kartläggning*. CHSA Rapport Nr 17.

Ouchi, W. (1979) A conceptual framework for design of organizationa control mechanisms. *Management Science*, vol. 25: 9, ss. 833-848.

Pettersen, I.J. (1999) Accountable management reforms: Why the Norwegian hospital reform experiment got lost in implementation. *Financial Accountability & Management*, vol. 15: 3&4, ss. 377-396.

Petty, MM., Singleton, B. & Connell DW. (1992) An experimental evaluation of an organizational performance: a time series analysis of the effects of merit pay. *Journal of applied psychology*, vol. 77: 4, ss.427-436.

Prendergast, C. (1999) The provision of incentives in firms. *Journal of Economic Literature*, vol. 37:1, ss.7-63.

Robinson. J. C. (2001) Theory and practice in the design of physician payment incentives. *The Milbank Quarterly*, vol.79 :2. ss. 149-177.

Rosenthal, M., Frank, R., Li, Zhonghe. & Epstein, A. (2005) Early experience with pay-for-performance – from concept to practice. *JAMA*, vol. 294:14, ss. 1788-1793.

Russell, L.B. & Manning, C.L. (1989) The effect of prospective payment on Medicare expenditures. *New England Journal of Medicine*, vol. 320:7, ss. 439-44.

Rynes, S., Gerhart, B. & Parks, L. (2005) Personnel psychology: Performance evaluation and pay for performance. *Annual Review of Psychology*, vol. 56, ss. 571-600.

Safran, DG m.fl. (2000) Organizational and financial characteristics of health plans: are they related to primary care performance? *Archives of internal medicine*. Vol, 160:1 ss. 69-76.

Siverbo, S. & Kastberg, G (2005) *Activity based financing of health care. Experiences from Sweden*. School of Public Administration's Working Papers. Göteborgs universitet.

Sjukhusens ersättningsystem (2005) Västra Götalansregionen Hälso- och sjukvårdsavdelningen Analysenheten.

Sloan, F.A., Morrisey, M.A. & Valvona, J.(1988) Effects of the Medicare prospective payment system on hospital cost containment: an early appraisal. *Milbank quarterly*, vol. 66: 2, ss.191-220.

Smith, P.C. (2002) Performance management in British health care: Will it deliver? *Health Affairs*, vol. 21:3, ss. 103-115.

Smith, P.C. (2005) Performance measurement in health care: History, Challenges and prospects. *Public Money and Management*, vol. 25, ss. 213-220.

Smith, P.C. & York, N. (2004) Quality incentives: The case of U.K. general practitioners. *Health Affairs*, vol. 23, ss 112-118.

SOU 1996:91 *Den private vårdens omfattning och framtida ersättningsformer – En översyn av de nationella taxorna för läkare och sjukgymnaster*. Stockholm. Fritzes.

The National Committee for Quality Assurance (NCQA). (Elektronisk resurs). <http://www.ncqa.org/>. Tillgänglig 20061024.

Titmuss, R. (1971) *The gift relationship*. London, Allen and Unwin.

Törnqvist, H. (1999) Nya ekonomiska styrformer – bakgrund, utformning och effekter. I SOU 1999:66 *De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården – vad hände med ekonomi, arbetsmiljö och demokrati?* Stockholm, Socialdepartementet.

U.K. Department of Health. (2003) *Investing in General Practice: The New GMS Contract*. London: DoH,

Viklund, B., Lassen-Nielsen, A. & Ståhl, C. (2006) *Mycket mer än bara pengar – Det balanserade styrkortet som dynamiskt ledningsverktyg*. Stockholm, Sveriges kommuner och landsting.

Wagner, JA., Rubin, PA. & Callahan TJ. (1988) Incentive payment and nonmanagerial productivity - An interrupted time-series analysis of magnitude and trend. *Organizational behaviour and human decision processes*, vol. 42:1, ss. 47-74

Waters, H. & Hussey, P. (2004) Pricing health services for purchasers—a review of methods and experiences. *Health Policy*. vol. 70, ss. 175–184

Weiss, A. (1987) Incentives and work behaviour. i *Information, Incentives and risk sharing*. Haig Nalbantian, red. Towota, N.J: Rowan & Littlefield.

World Health Organization [WHO]. *World health report 2000—health systems: improving performance*. Geneva: WHO: 2000.

CMT RAPPORTSERIE/CMT DISCUSSION PAPERS

(Reports with titles in English in brackets are only available in Swedish)

- 1986:1 P Carlsson, B Jönsson: Makroekonomisk utvärdering av medicinsk teknologi - En studie av introduktionen av cimetidin för behandling av magsår (Medical technology assessment in a macroeconomic perspective - A study of the introduction of cimetidine for treatment of ulcers)
- 1986:2 L-Å Levin: Betablockerare som profylaktisk behandling efter akut hjärtinfarkt - en samhällsekonomisk analys (Beta-blockers as prophylaxis after acute myocardial infarction - a cost-effectiveness study)
- 1986:3 B Jönsson: Prevention som medicinsk teknologi - hälsoekonomiska aspekter (Prevention as a medical technology - economic aspects)
- 1986:4 B Jönsson: Economic aspects of health care provision - is there a current crisis?
- 1986:5 B Jönsson: The economics of drug regulation
- 1986:6 P Carlsson, H-G Tiselius: Utvärdering av alternativa teknologier för behandling av urinvägskonkrement - uppläggning av studien (Evaluation of alternative technologies for treatment of upper urinary tract calculi - study design)
- 1986:7 S Björk, A Bonair: Att mäta livskvalitet (Quality of life measurements)
- 1986:8 G Karlsson: Samhällsekonomisk utvärdering av käkbensförankrade broar - en förstudie (Economic evaluation of jaw-bone anchored bridges - a pilot study)
- 1986:9 Verksamhetsberättelse 1985/86 och plan för 1986/87
- 1986:10 P Carlsson, H-G Tiselius: Utvärdering av stötvågsbehandling av njursten - Redovisning av ett års verksamhet (Evaluation of extracorporeal shockwave lithotripsy treatment for upper urinary tract calculi - The first year experiences)
- 1986:11 B Jönsson: Health Economics in the Nordic Countries: Prospects for the Future
- 1986:12 B Jönsson: Cost Benefit Analysis of Hepatitis-B Vaccination
- 1987:1 P Carlsson, B Jönsson: Assessment of Extracorporeal Lithotripsy in Sweden
- 1987:2 P Carlsson, H Hjertberg, B Jönsson, E Varenhorst: The cost of prostatic cancer in a defined population
- 1987:3 B Jönsson, S Björk, S Hofvendahl, J-E Levin: Quality of Life in Angina Pectoris. A Swedish Randomized Cross-Over Comparison between Transiderm-Nitro and Long-acting Oral Nitrates
- 1987:4 Verksamhetsredovisning 1986/87 och plan för 1987/88
- 1987:5 B Jönsson: Ekonomiska konsekvenser av de nya behandlingsriktlinjerna för hypertoni (Economic consequences of new guidelines of hypertension)
- 1987:6 B Jönsson, G Karlsson: Cost-Benefit of Anesthesia and Intensive Care
- 1987:7 J Persson, L Borgquist & C Debourg: Medicinsk teknik i primärvården. En enkätstudie riktad till vårdcentraler och medicintekniska avdelningar (Medical devices in primary health care)
- 1988:1 J Persson (ed.): Innovation assessment in rehabilitation. Workshop proceedings

- 1988:2 C Debourg, L Borgquist & J Persson: Fördelning av hjälpmedel och kostnad på sjukdomsgrupp (Aids for disabled and costs related to groups of diagnoses)
- 1988:3 BJönsson, G Karlsson & R Maller: Ekonomisk utvärdering av antibiotika (Economic evaluation of antibiotics)
- 1988:4 Carlsson, P: Stötvågsbehandling av gallsten (ESVL-G) En konsekvensanalys av att införa ESVL-G i den sydöstra sjukvårdsregionen (Extracorporeal shock Wave lithotripsy treatment of biliary stones - A consequence analysis of an introduction of the technology in the south-east health care region)
- 1988:5 Carlsson, P: Extrakorporal stötvågslitotripsi vid behandling av njursten och gallsten (Extracorporeal shock wave lithotripsy in treatment of renal and biliary stones)
- 1988:6 Andersson, F & Gerdtham, U: En studie av sjukvårds- utgifternas bestämningsfaktorer i ett internationellt och nationellt perspektiv (A Study of the Determinants of Health Expenditures in a National and International Perspective)
- 1988:7 Bonair, A: Spridning av medicinsk teknologi - en internationell jämförelse (Diffusion of medical technology - an international comparison)
- 1988:8 Andersson, F, Brodin, H & Stafelt A-M: Kostnader för behandling av akut myeloisk leukemi - En analys av kostnadsvariationer över tiden (The Cost of Treating Acute Myeloid Leukemia - An Intertemporal Cost Analysis)
- 1988:9 Gerdtham, U, Andersson, F, Sögaard, J & Jönsson, B: Econometric analysis of health care expenditures A cross-section study of the OECD-countries
- 1989:1 Persson J: Ethical codes in biomedical and clinical engineering - an international comparison
- 1989:2 Gerdtham U: Läkemedelsförsörjningen i Sverige (The Provision of Pharmaceuticals in Sweden)
- 1989:3 Andersson, F: Effektiv patenntid för nya läkemedelssubstanser registrerade i Sverige 1965-1987 (Effective Patent Life of New Chemical Entities Approved in Sweden between 1965 and 1987)
- 1989:4 Rehnberg, C, Westerberg, I & Carlsson, P: Hälso- och sjukvård i Kanada. En analys av organisation, styrning och finansiering (Health care in Canada - Organisation, Management and Financing)
- 1989:5 Carlsson, P, Pedersen, K, Varenhorst, E: Ekonomisk utvärdering av prostatacancerscreening med dubbelpalpatation - En pilotstudie på vårdcentraler i Norrköping (Economic evaluation of screening for prostate cancer with digital palpation)
- 1989:6 Falk, J, Haglund, J, Hultberg, T & Persson, J: Blodtrycksmätning i primärvården (Indirect measurement of blood pressure in primary health care)
- 1989:7 Jönsson, B & Karlsson, G: Neonatal intensivvård av barn med mycket låg födelsevikt (Economic aspects of neonatal intensive care of very-low-birth-weight infants)
- 1989:8 Jönsson, B, Horisberger B, Bruguera, M & Matter:L: Cost-benefit analysis of hepatit-B vaccination. A Computerised decision model for Spain
- 1989:9 Jönsson, B: Medicinsk teknologi - utveckling, utnyttjande och utvärdering (Medical technology - development, utilization and assessment)

- 1990:1 Johannesson, M, Borgquist, L, Elenstål, A, Jönsson, B, Tilling, B: Läkemedels- och konsultationskostnad för hypertoni vid en vårdcentral (Hypertension treatment in an out-patient setting: the costs of drugs and physician visits)
- 1990:2 Johannesson, M, Jönsson, B, & Gerdtham, U-G: Kostnads-effektanalys av behandling mot högt blodtryck - en metodstudie (Cost-effectiveness analysis of hypertension treatment - methodological issues)
- 1990:3 Gerdtham, U-G: Den förändrade åldersstrukturens effekt på sjukvårdskostnaderna (Implications of the changing age structure on the health care costs)
- 1990:4 Jönsson, B: The cost of diabetes and the cost-effectiveness of interventions
- 1990:5 Johannesson, M & Jönsson, B: Cost-effectiveness analysis of hypertension treatment - methodological issues
- 1990:6 Persson, J, Fagnani, F, Hutton, J, Jorgensen, T & Saranummi, N: Survey of Health Care Systems and Potential of Information Technology
- 1990:7 Johannesson, M, Borgquist, L, Jönsson, B & Råstam, L: Kostnaderna för behandling av hypertoni i Sverige - en analys av olika interventionsgränser och behandlingsmix (The costs of hypertension treatment in Sweden - an analysis of various intervention strategies and mix of treatment)
- 1990:8 Jönsson, B, Brorsson, B, Carlsson, P & Karlsson, G: Assisterad befruktning vid ofrivillig barnlöshet. Hälsoekonomiska aspekter. (Artificial fertilization in case of unwanted childlessness - economic aspects)
- 1991:1 Ekberg, K, Lindén, M & Persson, J: Medicinsk teknik och arbetsmiljö. Del I: Effekter på hälsa, vårdkvalitet och säkerhet. Del II: Klinikvis redovisning. (Medical technique and working environment Part I: Effect on health, quality of care and security. Part II: A record of performance on clinic level)
- 1991:2 Garpenby, P: Ny organisation för psykiatrin i Östergötland - en studie av implementering inom ett landsting. (A new organization of psychiatric care in Östergötland - a study of implementation in a County Council)
- 1991:3 Johannesson, M, Hedbrant, J & Jönsson, B: A computer simulation model for cost-effectiveness analysis of cardiovascular disease prevention
- 1991:4 Nordenfelt, L: Quality of Life and Health Promotion. Two Essays in the Theory of Health Care
- 1991:5 Carlsson, P, Garpenby, P, Bonair, A: Kan sjukvården styras? En rapport om spridning och kontroll av medicinsk teknologi. (Is control of health care possible? A report on the diffusion and control of medical technology.)
- 1991:6 Brodin, H: Köer till vård - Myt och verklighet. (Queues in health care - myth and reality)
- 1991:7 Carlsson, P, Tiselius, H-G, Borch, K: Some aspects of extracorporeal shock wave lithotripsy for renal and biliary stone treatment
- 1991:8 Rehnberg, C: Primärvård i privat entreprenad - En sammanfattning av ett års verksamhet i Norrköping. (Primary Care on contract - a summary of the first year in Norrköping)

- 1992:1 Carlsson, P, Jönsson, B, Ahlstrand, C: Prevalence and costs of benign prostatic hyperplasia in Sweden
- 1992:2 Persson, J (ed.): Advancing the role of biomedical engineering in health care technology assessment. Proceedings of a joint session organized by IFMBE (International Federation for Medical and Biological Engineering) and ISTAHC (International Society of Technology Assessment in Health Care), at the ISTAHC Eighth Annual Meeting, Vancouver, June 14-20, 1992
- 1992:3 Jonsson, D, Zethraeus, N, Mansfield, M, Wålinder, J: Hälsoekonomisk analys av klostapinbehandling vid farmakoterapifraktär scizofreni - en pilotstudie
- 1992:4 Bonair, A, Persson J: Innovation and technology transfer in health care. COMETT-ASSESS General Overview
- 1992:5 Carlsson, P, Varenhorst, E, Pedersen, K: Assessment of screening for carcinoma of the prostate - An introduction
- 1992:6 Carlsson, P, Ahlstrand, C, Jönsson, B. Surgical treatment of benign prostatic hyperplasia - Manifestations, complications and costs
- 1992:7 Chowdhury, S, Persson, J. Videophones for Surgeon - Pathologist Consultations: A Pre-implementation Study
- 1993:1 Johannesson M, Jönsson B. Ekonomisk utvärdering av osteoporos prevention
- 1993:2 Carlsson P, Hedbrant J, Pedersen K, Varenhorst E, Gray D. An evaluation of prostate cancer screening using a decision analytic model
- 1993:3 Hass U, Persson J, Brodin H, Andersson A. Utvärdering av datorbaserade hjälpmedelsteknologier - effekter och kostnader. En utvärdering initierad av REDAH-projektet
- 1993:4 Karlsson G. Att mäta behandlingsresultat inom sjukvården. En teoretisk jämförelse mellan QALYs och HYE. Arbetsrapport
- 1994:1 Garpenby P. Introduktion av metoder inom psykiatri i Blekinge, Västmanland och Östergötland - en jämförande studie
- 1994:2 Garpenby P, Carlsson P. Utvärdering och förslag till organisation av nationella register för kvalitetskontroll inom hälso- och sjukvården
- 1994:3 Skargren E, Carlsson P, Gade M, Rosenbaum A, Tropp H, Öberg B, Ödman UM. En jämförelse av två behandlingsstrategier - kiropraktik och sjukgymnastik - vid rygg/nackbesvär
- 1994:4 Lindvall P, Karlsson G. Primärvård under kommunalt huvudmannaskap. En första bild av försöksverksamheten i Katrineholms kommun
- 1994:5 Rahmqvist M, Carlsson P. Ålder och andra faktorerens betydelse för ohälsa och vårdutnyttjande
- 1994:6 Karlsson G, Lindvall P. Kommunal primärvård i Katrineholm. Vårdutnyttjande 1990-1992
- 1995:1 Lundh U. De äldre östgötarnas levnadsförhållanden, hälsa och erfarenheter av hälso- och sjukvård
- 1995:2 Hass U, Karlsson G. Sambandet mellan kostnader för hjälpmedel och andra insatser för personer med funktionsnedsättningar

- 1995:3 Lindvall P, Karlsson G, Rosén I. Primärvårdsförsöket i Katrineholm. En lägesbild av verksamheten utifrån ett personalperspektiv
- 1995:4 Andersson A, Brodin H. Rehabilitering/habilitering av döva och dövblinda med ytterligare funktionsnedsättningar - en ekonomisk pilotstudie
- 1995:5 Karlsson G, Andersson A. Hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning - en hälsoekonomisk analys
- 1995:6 Hass U, Persson J, Brodin H, Andersson A. Brukarinflytande och hjälpmedelsval - betydelse för hjälpmedelsförskrivning, livskvalitet och kostnader
- 1995:7 Karlsson G, Lindvall P, Rosen I. Kommunal primärvård i Katrineholm. Vårdutnyttjande, vårdkvalitet och hälsa utifrån ett befolkningsperspektiv
- 1995:8 Jonsson D, Husberg M. Hälsoekonomisk utvärdering av rehabilitering för personer sjukskrivna mer än 30 dagar. En jämförande studie i Östergötland
- 1995:9 Jonsson D, Husberg M. Samhällsekonomiska aspekter på reumatisk sjukdom
- 1995:10 Holmberg H, Carlsson P. Primärvård i privat och offentlig regi - En uppföljning av primärvårdsverksamheten i Norrköping
- 1995:11 Bäckman K, Jonsson D. Utvärdering av den särskilda ersättningen för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården (Dagmar 485) i Östergötland åren 1991-1994
- 1995:12 Skargren E, Carlsson P, Gade M, Rosenbaum A, Tropp H, Öberg B, Ödman UM. Kostnads- och effektanalys av behandling med kiropraktik eller sjukgymnastik vid rygg-/nackbesvär - Uppföljning efter 6 månader
- 1996:1 Varenhorst E, Carlsson P, Hagström I, Holmberg H, Lindahl T, Löfman O, Noorlind Brage H, Pedersen K, Wågermark J. Sex års erfarenhet med screening för prostatacancer - en pilotstudie på vårdcentraler i Norrköping
- 1996:2 Ardeby O, Persson J, Borgquist L. Medicinsk teknik i primärvården - utveckling 1986-1995
- 1996:3 Rahmqvist M, Bäckman K. Landstingsenkät -95. Östgötarnas erfarenheter av primärvård, sjukhusvård och tandvård
- 1996:4 Garpenby P. Att omsätta psykiatrireformen i handling - en första redovisning från Östergötland
- 1996:5 Konsensusuttalande. God strokevård i Östergötland. Landstinget i Östergötland i samarbete med Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi
- 1996:6 Hass U, Jonsson D. Uppföljning av kostnaderna för lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade under 1994 (LSS 1992/93)
- 1996:7 Garpenby P, Carlsson P. Nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården - en uppföljande studie
- 1996:8 Lindvall P. Introduktion av nya teknologier vid behandling av schizofreni under perioden 1935 - 1990
- 1996:9 Bäckman K, Brodin H. Äldres färdtjänstutnyttjande - bakgrundsfaktorer med exempel från Norrköping
- 1996:10 Rahmqvist M, Bäckman K. Östgötarnas hälsa, levnadsvanor och läkemedelsförbrukning

- 1996:11 Ardeby O, Ausmeel H, Persson J. Internet som verktyg för hälso- och sjukvården - handledning och exempel
- 1996:12 Persson J, Brodin H. Prototype tool for assistive technology cost and utility evaluation
- 1996:13 Holmberg H, Carlsson P, Varenhorst E, Kalman D. Ekonomiska konsekvenser av nya medicinska metoder i vården av prostatacancer. - En beräkning av sjukvårdskostnader under hela vårdperioden
- 1997:1 Jonsson D, Husberg M. Utvärdering av olika vårdalternativ inom mödrahälsovården i Östergötland - Kostnader, vårdkonsumtion och vårdkvalitet
- 1997:2 Jonsson D, Husberg M. Uppföljning av kostnaderna för lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade under 1995 (LSS 1992/93)
- 1997:3 Rahmqvist M, Garpenby P. Kommunal primärvård i Katrineholm. Vårdutnyttjande, vårdkvalitet och hälsa - en jämförelse mellan 1993 och 1996
- 1997:4 Larsson SA, Garpenby P, Lindvall P. Kommunal primärvård i Katrineholm. Perspektiv på utveckling och samverkan
- 1997:5 Garpenby P, Lindvall P. Primärvård under kommunalt huvudmannskap. CMTs analys av försöket i Katrineholm
- 1997:6 Jonsson D, Rahmqvist M, Husberg M. Psykiska besvär bland långtidssjukskrivna i Östergötland
- 1997:7 Lindvall P. Interna budgetöverenskommelser vid Lasarettet i Motala - Rationell styrning eller mode?
- 1997:8 Jonsson D, Husberg M. Samhällsekonomiska aspekter på användning av neuroleptika
- 1997:9 Rahmqvist M, Jonsson D. Psykisk ohälsa och vårdutnyttjande i Östergötland 1991 - 1995
- 1998:1 Lundh U, Sandberg J. De äldre östgötarnas levnadsförhållanden, hälsa och erfarenheter av hälso- och sjukvård
- 1998:2 Hass U, Persson J, Brodin H, Andersson A. Utvärdering av datorbaserade hjälpmedelsteknologier. En utvärdering initierad av REDAH-projektet. Slutrapport mars 1998
- 1998:3 Byrsjö J, Persson J. Information för hälso- och sjukvården vid Internet och CD-ROM - en annoterad förteckning
- 1998:4 Andersson A, Levin L-Å. Sjukvård i hemmet - en litteraturgenomgång
- 1998:5 Sennfält K. Kostnadsnyttoanalys av behandlingar vid kronisk njursvikt. En pilotstudie
- 1998:6 Vimarlund V, Timpka T, Ferraz Nunez J, Jonsson, D. Utvärdering av yrkesrehabilitering
- 1998:7 Jonsson D, Husberg M, Foldemo A. Hälsoekonomisk utvärdering av psykiatrireformen i Östergötland
- 1998:8 Garpenby P, Larsson SA. Att genomföra psykiatrireformen i vardagen - en uppföljande studie från Östergötland
- 1998:9 Garpenby P, Byrsjö J. Den medicinska faktadatabasen MARS inom Socialstyrelsen - en utvärdering

- 1998:10 Ceder M, Garpenby P. Patientinformation avseende bröstcancer och diabetes - en utvärdering
- 1998:11 Öberg B, Funkesson K. En beskrivning av rehabiliteringskedjan mellan kommun och landsting i Östergötland. Patienters, anhörigas och personalens perspektiv
- 1998:12 Löfström L. Riskfaktorer och Resultat inom Hjärtkirurgin - från data till information och åtgärder. En introduktion till litteratur och metoder
- 1999:1 Rahmqvist M, Johansson G. Patienttillfredsställelse i öppen och slutna sjukhusvård i Östergötland 1997
- 1999:2 Hass U, Persson J. Utvärdering av ortoser och ortopedteknisk verksamhet
- 1999:3 Garpenby P, Larsson SA. Inställningen till vårdprogram bland personal inom barn- och ungdomspsykiatrien – en lägesrapport från Östergötland
- 1999:4 Jonsson D, Husberg M. Hälsoekonomisk utvärdering av Rehabhuset von Platen – EU-projekt: Socialfond mål 3
- 1999:5 Jonsson D, Husberg M. Samhällsekonomiska kostnader för reumatiska sjukdomar
- 1999:6 Garpenby P, Larsson SA. Hälsoinformation via Internet, bibliotek och patientinformationscentraler – en systematisk litteraturgranskning
- 1999:7 Sennfält K, Carlsson P, Magnusson M. Kostnadsnyttoanalys vid behandling av kronisk njursvikt, med fokus på hemodialys och peritonealdialys
- 1999:8 Rahmqvist M, Lindgren I, Larsson S. Hörselstudien 1998: Nyttan av hörapparat och erfarenheter av hörselvården i Östergötland
- 2000:1 Larsson SA, Schmidt A, Persson J. Dövblindas upplevelser och erfarenheter av projektet ”Nya möjligheter i arbetslivet”. Delprojekt för dövblinda inom EU-projektet Horizon
- 2000:2 Bäckman K, Schmidt A, Carlsson P, Karlsson E. Hjärtsjukdomars samhällskostnader
- 2000:3 Garpenby P, Husberg M. Hälsoinformation idag och i morgon. Östgötarnas användning av och förtroende för olika informationskällor
- 2000:4 Jonsson D, Husberg M. Samhällsekonomiska kostnader för reumatoid artrit och fibromyalgi
- 2000:5 Larsson SA, Jonsson D. Utvärdering av Dagmarmedel i Östergötland 1995-1999
- 2001:1 Lundh U. Äldres hälsa. En studie av befolkningen i Östergötland och Kalmar län
- 2001:2 Hellbom G, Samuelsson K, Jonsson D, Persson J. Instrument för resultatmätning vid hjälpmedelsbaserad rehabilitering
- 2001:3 Bäckman K, Carlsson P, Karlsson E, Schmidt A. Cost of heart disease in Sweden
- 2002:1 Henriksson M, Carlsson P. Att mäta hälsorelaterad livskvalitet – en beskrivning av instrumentet EQ-5D
- 2002:2 Götherström U-C, Persson J, Jonsson D. Samhällsekonomisk utvärdering av post- och teletjänster för funktionshindrade – modellutveckling och tillämpning
- 2002:3 Rahmqvist M. Nyttan av hörapparat och erfarenheter av hörselvården i Östergötland

- 2002:4 Husberg M, Larsson SA, Jonsson D, Persson J. Hälsoekonomisk utvärdering av rehabilitering vid Smärt- och Rehabiliteringscentrum, Universitetssjukhuset i Linköping
- 2003:1 Roback K, Persson J, Hass U. Spridning och implementering av medicintekniska produkter. Bakgrundsrapport
- 2003:2 Liss P-E. Metoder för bedömning och rangordning av vårdbehov – En översikt
- 2003:3 Götherström U-C, Persson J. Instrumentet IPPA för resultatmätning vid arbetslivsinriktad rehabilitering
- 2003:4 Bernfort L, Nordfeldt S. AD/HD och relaterade tillstånd hos barn och ungdomar. Epidemiologi, behandling och hälsoeffekter i Sverige, Norge och Danmark samt situationen i Östergötland
- 2003:5 Schmidt A, Husberg M, Bernfort L. Samhällsekonomiska kostnader för reumatiska sjukdomar
- 2003:6 Henriksson M, Carlsson P. Att läsa och kvalitetsgranska hälsoekonomiska modellstudier
- 2003:7 Garpenby P, Götherström U-C, Larsson, SA. Inställningen till vårdprogram bland personal inom barn- och ungdomspsykiatri i Östergötland
- 2004:1 Andersson A, Carlsson P, Lundborg M, Gunnarson A. Ohälsans kostnader. Kartläggning av vårdutnyttjande för olika sjukdomsgrupper i Östergötland
- 2004:2 Bernfort L, Persson J. Bredbandstjänster för funktionshindrade - utvärdering av brukarnyttan
- 2004:3 Rahmqvist M. Kvalitet i vården ur patientens perspektiv: Variationer i betyg mellan olika patientgrupper och vårdenheter
- 2004:4 Henriksson M, Lundgren F. Screening för pulsåderbräck i buken - en hälsoekonomisk utvärdering
- 2005:1 Bernfort L, Persson J. Mobil videokommunikation för döva. Utvärdering av brukarnyttan
- 2005:2 Garpenby P, Husberg M. Hälsoinformation i vår tid. Östgötarnas användning av nya och gamla informationskällor
- 2005:3 Bernfort L, Nordfeldt S. AD / HD i ett samhällsekonomiskt perspektiv
- 2005:4 Bernfort L, Fernell E. Hur påverkas vardagslivet av ADHD och närliggande funktionsnedsättningar? Analys och sammanfattning av en enkätstudie riktad till riksförbundet Attentions medlemmar
- 2006:1 Bartha E, Kalman S, Carlsson P. Postoperativ smärtlindring - till vilket pris? En hälsoekonomisk modellanalys av två smärtlindringsmetoder
- 2006:2 Nordfeldt S, Arvidsson E, Bernfort L. Sjukvårdens och skolans insatser för barn med AD/HD - föräldrars erfarenheter. En intervjustudie
- 2006:3 Mårtensson J, Carlsson P, Arvidsson E, Frank L, Lindström K, Borgquist L. Erfarenhet, kunskap och inställning till prioriteringar - En intervjustudie med personal i primärvården
- 2006:4 Garpenby P. Procedurrättvisa och praktisk prioritering - tre fall från svensk hälso- och sjukvård
- 2006:5 Davidson T, Levin L-Å. Kostnaden för förmaksflimmer i Östergötland

- 2006:6 Bistoletti P, Sennfalt K. En hälsoekonomisk modellstudie av primärscreening mot livmoderhalscancer med cellprov- och HPV DNA test
- 2007:1 Garpenby P. Inställningen till vårdprogram bland personal inom barn- och ungdomspsykiatri i Östergötland - en kompletterande intervjustudie
- 2007:2 Jacobsson F. Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård

Rapporterna kan beställas från CMT till en kostnad av 150 kronor exklusive moms. Kontakta vår administratör på tel: 013–22 49 90. Vid beställningar av mer än 10 ex ges rabatt.