

6 SAMMANFATTANDE ANALYS

I sjukvården finns i dag en klart uttalad ambition att förändra ett traditionellt anslagstänkande till ett ekonomiskt nytänkande. Prestationsbaserad ersättning till producenter av vård och service skall tillsammans med totalt kostnadsansvar och köp-sälj-modeller skapa incitament som främjar hög produktivitet och effektivitet i resursomvandlingen. Det är en förändring som ställer stora krav på utveckling av de befintliga styrsystemen.

Tidigare har landstingens administrativa system utvecklats för att stödja en central planering av varje års volymtillväxt. Under 1980-talet har tillväxttakten minskat. Bakgrunden är en svag tillväxt i svensk ekonomi, något som påtagligt försämrat den landstingskommunala sjukvårdens finansiella situation. Den årliga volymtillväxten i sjukvården ligger i dag långt under de 8 procent som landstingskommunerna vände sig vid under 1960-talet. Detta innebär att stora administrativa resurser används till att beakta en allt mindre andel av den totala verksamheten. För att möta framtida krav på sjukvården i en situation med begränsad resurstillväxt måste styrsystem utvecklas som omfattar *hela* verksamheten, inte enbart årliga förändringar i densamma.

Ännu återstår att genomföra de intentioner om köp-sälj-modeller och prestationsbaserad ersättning som diskuteras i den landstingskommunala sjukvården. Först då finns också några mera säkra data som möjliggör en utvärdering av den ekonomiska potential som ligger i denna typ av förändringar. Med stöd av pågående försök och förändringsarbeten finns emellertid redan nu möjligheter att inleda en analys och diskussion om effekterna. I denna rapport har fyra fall på kliniknivå inom förhållandevis stora sjukhus analyserats. Dessa är Kvinnokliniken i Helsingborg, Thoraxkliniken respektive Laboratoriet för klinisk cytologi och patologi i Linköping samt Kliniskt kemiskt laboratoriet i Örebro.

Vad är problemet?

I alla sjukvårdssystem finns åtminstone tre ekonomiska problem som kräver sin lösning. Det *första* problemet avser hur stor andel av samhällets samlade resurser som skall tillfalla hälso- och sjukvården. Vi kan här konstatera att köp-sälj-modeller och prestationsbaserad ersättning inte i sig kan utgöra någon lösning på detta problem. Frågan om hur stor andel av samhällets resurser som skall tilldelas sjukvården måste avgöras på andra sätt. Ökad valfrihet för konsumenter och därmed konkurrens mellan producenter av vård kan vara en dellösning (se Lindgren, 1990). Att en sådan lösning i sin tur leder till krav på prestationsbaserade ersättningssystem är en annan sak. Lösningen heter konkurrens mellan producenter och valfrihet för konsumenterna.

Det *andra* problemet gäller hur resurserna skall fördelas mellan sjukvårdens olika delar. Där kan konstateras att prioriteringar vad avser omfattningen av medicinsk och allmän service delegerats till kliniker och vårdcentraler i de fall som studerats. Kostnadsansvaret för denna service har lagts på den nivå där man bäst kan bedöma tjänsternas nytta. Kvar står dock den stora frågan, nämligen hur resurser skall fördelas mellan olika former av vård och omvårdnad. Här finns flera lösningar. En lösning är ett system där primärvården köper vårdtjänster av sjukhus/kliniker. Det innebär att prioriteringsbesluten i huvudsak delegeras till primärvården, som får agera som företrädare för konsumenterna. En annan lösning är att direkt ge ökad valfrihet till konsumenterna. En tredje lösning är att centralt planera resursernas fördelning, exempelvis genom inrättande av beställarenheter eller motsvarande. Åtminstone de två första lösningarna förutsätter i princip en prestationsbaserad ersättning till producenter av vård. Den prestationsbaserade ersättningen utgör dock inte heller för detta problem själva lösningen utan är snarare en följd av att en viss typ av lösning valts.

Prestationsbaserad ersättning ger producenter av vård anledning att försöka utöka produktionsvolymen. För en producent i konkurrens finns möjligheten att arbeta för en förbättrad verksamhet och därigenom erbjuda konsumenterna och deras företrädare (i form av primärvård eller annan) bättre tjänster än andra tillgängliga producenter. Vid en väl fungerande konkurrens med kvalificerade köpare av vård kan ett sådant system på sikt antas bidra till en effektiv fördelning av resurserna på olika vårdformer. Problemet är att finna kvalificerade

köpare som kan bedöma innehåll och kvalitet i de vårdtjänster som erbjuds. I ett system med passiva utbetalare av den prestationsbaserade ersättningen, t ex genom ett offentligt sjukförsäkringssystem, finns möjligheter för producenter att utöka produktionen genom att ändra indikationsgränserna för behandling. Ett sådant agerande överensstämmer inte med kravet på effektivitet. I denna typ av system måste därför den prestationsbaserade ersättningen kompletteras med restriktioner och krav vad gäller produktionsvolym och kvalitet. En kombination av ramfinansiering och prestationsbaserad ersättning kan också motverka problemet.

Det *tredje* ekonomiska problemet är att de resurser som tilldelats hälso- och sjukvårdens olika delar skall utnyttjas så effektivt som möjligt. Målsättningen är att minimera kostnaden för en given prestation eller verksamhet (med beaktande av kvalitet) och på detta sätt frigöra resurser till andra användningsområden. Förnyelse av sjukvårdens styrsystem i riktning mot prestationsbaserad ersättning och totalt kostnadsansvar kan för detta problem komma att spela en mera direkt roll. Tillämpade styrmodeller i de fall som studerats i denna rapport har också synliggjort en ekonomisk potential. Dessutom har en rad andra effekter uppkommit beroende av situation och hur styrmodellerna mera i detalj har utformats. Inte vid någon av enheterna har det administrativa merarbetet uppfattats som särskilt betungande, även om själva förändringsarbetet enligt några ansvariga krävt mycket energi och vilja.

Effekter i studerade fall

I tre av de fall som studerats (Kvinnokliniken, Thoraxkliniken och Laboratoriet för cytologi/patologi) har tillämpade styrmodeller visat på en potential att förbättra verksamhetens produktivitet, dvs förhållandet mellan produktionsresultat och insatta resurser. Förklaringen ligger framför allt i ett ökat kostnadsmedvetande, vilket enligt ansvariga bl a får konsekvenser för personalplaneringen. Prestationsbaserad ersättning ger också anledning att följa efterfrågan och utnyttja tillgänglig kapacitet i produktionen. Särskilt tydligt är detta i ett av fallen, Laboratoriet för klinisk cytologi och patologi, som för delar av verksamheten är utsatt för konkurrens. Exempel på andra effekter i producentledet är att förändringsarbetet med prestationsbaserad ersättning i sig gett insikter som lett till positiva effekter på verksamheten. Särskilt

Thoraxkliniken, som genomfört ett omfattande kartläggningsarbete av resursinsatser vid olika typer av operationer, påtalade en sådan effekt. I samtliga fall pekade man på förändrade krav vad gällde informationssystemen. Det gällde både krav på information som tidigare inte funnits tillgänglig samt högre krav på kvalitet och tillgänglighet. De båda laboratoriecheferna menade att ett väl fungerande laboratoriedatasystem var en förutsättning för tillämpade styrmodeller.

Vid Kliniskt kemiskt laboratorium i Örebro hade vissa kliniker påtagligt reducerat efterfrågan på analyser som resultat av tillämpat poängtilldelningssystem. Effekterna visar på de möjligheter som finns för kliniker att ändra rutinerna för denna typ av diagnostik. Några motsvarande effekter hade inte uppkommit vid Laboratoriet för klinisk cytologi och patologi i Linköping. Såväl laboratoriechefen som tillfrågade beställare menade här att möjligheterna att lägga om rutinerna eller att själva överta delar av produktionen var begränsade. Också för Kvinnokliniken och Thoraxkliniken var efterfrågesidan påverkad av den prestationsbaserade ersättningen. För Kvinnoklinikens del hade sjukhusledningen fastställt volymtak för den elektiva vården. Thoraxkliniken hade under sina två verksamhetsår byggt upp en kapacitet motsvarande 650 hjärtoperationer. Tidigare hade regionens behov av denna typ av operationer utförts av andra thoraxkirurgiska kliniker i landet.

Är prestationsbaserad ersättning lösningen?

Prestationsbaserad ersättning och totalt kostnadsansvar för producenter av vård och service utgör troligen en nödvändig del i lösningen på problemet att skapa incitament till ett effektivt resursutnyttjande. Det är svårt att finna alternativa lösningar där ekonomi och verksamhet kan integreras. Den princip med fasta anslag som allmänt tillämpas i landstingen ger snarast omvända incitament, dvs det lönar sig att göra så lite som möjligt. Som framgått beror dock effekterna helt på i vilket sammanhang principerna tillämpas. I de fall prestationsbaserad ersättning genomförs som följd av konkurrens mellan producenter och valfrihet för konsumenter kan stora effekter på såväl efterfrågan som arbetsformer i produktionsleden förväntas. Om prestationsbaserad ersättning och totalt kostnadsansvar införs internt inom ett sjukvårdsdistrikt eller landsting

är totalt sett mera begränsade effekter att vänta. Det gäller särskilt i de fall verksamheten bedrivs utan konkurrens.

Ännu återstår problem att lösa inför en allmän tillämpning av den typ av styrmodeller som här diskuteras. Ett delegerat ekonomiskt ansvar innebär dessutom att nya frågor kommer att lyftas fram i ljuset. Ett praktiskt problem i förändringsarbetet är att det för vissa delar av sjukvården, såsom geriatrik, psykiatri och internmedicin inte är lika enkelt att tillämpa styrmodeller med ersättning per prestation. Avgörande är i vilken utsträckning verksamhetens prestationer kan identifieras och bekrivas i relevanta termer. Det är således ingen tillfällighet att båda de kliniker som studerats i denna rapport utgör kirurgiska specialiteter med relativt begränsat diagnospektrum. Ett sätt att komma runt kravet på att identifiera prestationer är att ersätta vårdproducenter retrospektivt utifrån redovisade kostnader per patient. Ett sådant ersättnings-system kräver dock konkurrens mellan producenter och kvalificerade köpare med möjligheter att bedöma innehåll och kvalitet i erhållna tjänster.

De enheter som studerats i rapporten har varit i en situation med god efterfrågan på producerad vård och service. Vilka effekter som skulle ha uppkommit i en situation då verksamhetsvolymen stagnerat med efterföljande krav på kostnadsreduceringar är oklart. Det finns här anledning att tro att distrikts-interna prestationsbaserade ersättningssystem till kliniker inte är särskilt effektiva för att driva igenom stora besparingar i verksamheten. I studerade fall har den ekonomiska potential som tillämpade styrmodeller synliggjort i huvudsak använts till utgiftsbegränsningar och vad som uppfattats som förbättringar i verksamheten. *Den exakta fördelningen är dock oklar vilket tyder på att man ännu inte utvecklat former för hur förbättringar i produktivitet och effektivitet skall frigöras och fördelas.* I sökandet efter lösningen på detta problem kommer aktörsrollerna att hamna i fokus. Det vill till att dessa anpassas så att den dynamik som blir följden av prestationsbaserad ersättning och totalt kostnadsansvar kan mötas. I annat fall reduceras de prestationsbaserade ersättningssystemen till en bokföringsmässig ritual utan egentliga effekter på verksamhetens struktur och innehåll. Inom nuvarande institutionella ramar där landstingen har ett ansvar för både finansiering och produktion av vård kan detta visa sig vara ett besvärligt problem att lösa.

Några av de studerade fallen visar på de nya frågeställningar som följer som direkt konsekvens av en förändrad styrmodell i riktning mot prestationsbaserad ersättning och totalt kostnadsansvar. Bl a förändras de lokala kraven på information om verksamheten och dess kostnader. Ett särskilt krav avser utvärderingar av verksamhetens kvalitet. Det kan här noteras att båda de kliniker som studerats funnit det mera angeläget och naturligt att arbeta med förbättringar av verksamhetens kvalitet till följd av de nya styrmodeller som tillämpas. Sådana utvärderingar blir också mera angelägna på den centrala nivån. Det gäller att utvärdera hela systemets effektivitet, så att inte ett delegerat ekonomiskt ansvar leder till att producenter övervältrar kostnader på andra enheter, vårdformer eller patienter.

De landstingskommunala sjukhusen verkar sedan länge i en monopolsituation. Detta kan medföra problem om vi antar att institutionella förutsättningar avspeglas i det förändringsarbete som drivs på den lokala nivån. För det första finns det en risk att man går för långt i ambitionerna att skapa avgränsade ekonomiska enheter inom respektive sjukhus och därigenom bygger upp murar inom sammanhängande och inbördes beroende system. Effekterna kan i så fall bli suboptimeringar och att kostnader övervältras på andra kliniker, vårdformer eller patienter. För det andra finns det en risk att förnyelsearbetet följer minsta motståndets lag och att prestationsbaserad ersättning införs i verksamheter där den ger minst effekter. För ett sjukhus i konkurrens är det kanske mera naturligt att inledningsvis avgöra vilka delar i produktionskedjan man måste utföra själv och vilka delar man kan lägga ut som uppdrag till externa producenter. Därefter kan styrsystem utformas för sjukhusets egen verksamhet där i första hand styrprinciper för de stora ekonomiska flödena beaktas.

Intentionerna vad gäller sättet att styra den landstingskommunala sjukvården har förändrats — från en uppbyggnad med syfte att stödja en central planering av resursernas fördelning till en betoning av lokala producenters ekonomiska ansvar. Det är en förändring som ställer stora krav på utveckling av befintliga styrsystem. Bristen på konkurrens mellan producenter av vård tillsammans med krav på förändrade aktörsroller pekar på behovet av att anpassa hälso- och sjukvårdens övergripande ramar så att de ger goda incitament inför de förändringar som nu genomförs. Det innebär att man tydligare skiljer mellan ansvaret för finansiering och produktion i den svenska hälso- och sjukvårdsorganisationen.