

Enskild motion

Motion till riksdagen: 2014/15:2658

av Finn Bengtsson m.fl. (M)

Ersättningsmodeller i sjukvården

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ersättningsmodeller för fritt etablerade vårdyrkesarbete.

Motivering

Under ett kort men, för den förra borgliga regeringens styre (1991–1994), viktigt år, 1994, infördes möjlighet för legitimerade sjukvårdsarbetare (framför allt läkare och sjukgymnaster) att fritt etablera privatpraktik med offentlig finansiering. Samma år trädde det fortfarande gällande systemet för ekonomisk ersättning för sådan hälso- och sjukvård in, som baserades på en nationellt enhetlig summa som kompensation för specificerad utförd verksamhet (den så kallade nationella taxan).

Tyvär var ett av den tillträdande S-regeringens första beslut efter maktövertagandet att från och med 1995 helt slopa denna möjlighet till nationellt individuell etablering för att bedriva hälso- och sjukvård, förutom för dem som redan hade lyckats etablera sig under 1994. Detta missgrepp är en av anledningarna till att köerna till sjukvården har ökat, inte minst inom öppenvården.

En ståndpunkt som vi därför med all kraft ställer oss bakom är vårt behov i Sverige av att återinföra den fria etableringsrätten för utbildad sjukvårdspersonal med legitimation underkastad Ivo kontroll att få bedriva hälso- och sjukvård efter eget huvud med offentlig finansiering enligt en enhetlig nationell modell. Det har dock förflutit ett och ett halvt decennium sedan detta var möjligt senast, samtidigt som man inte minst i andra europeiska länder har prövat en rad olika intressanta nya ersättningssystem som även

borde vara aktuella för oss i Sverige att analysera inför en sådan viktig reform med fri etableringsrätt enligt en nationell taxa.

Detta är viktigt även för att en ny ersättningsmodell också måste anpassas till den gemensamma budget för hälso- och sjukvården som vi finansierar genom skattesystemet. En utförlig analys av detta har nyligen lämnats till regeringen av dess särskilde utredare, professor Johan Calltorp, och för den intresserade hänvisas till denna ("Ersättningssystem inom hälso- och sjukvården – en kunskapsöversikt baserad på internationella erfarenheter", 2007-12-09).

Europa

Om man skall sammanfatta resonemanget från regeringens särskilde utredare på området kan man konstatera att ersättning till vårdgivare varierar kraftigt mellan olika länder idag. Detta sammanhänger med att olika länder har haft olika utveckling för sina respektive sjukvårdssystem. Därför växlar utformningen av sjukvårdssystemen i Europa påtagligt, men glädjande nog verkar EU-mekanismerna på hälso- och sjukvårdens område i riktning mot harmonisering och större likhet som förhoppningsvis gör att också rörligheten inom EU för patienter och vårdgivare kommer att underlättas och öka i en, förhoppningsvis, relativt snar framtid.

För enkelhetens skull kan man idag dela upp Europas länder i dem som huvudsakligen har en skattefinansiering (de så kallade Beveridgeländerna) dit Storbritannien, Irland, de nordiska och i viss mån de sydeuropeiska länderna räknas. och de mellaneuropeiska länderna (den så kallade Bismarckmodellen) med olika former av obligatorisk sjukförsäkring (exempelvis Tyskland, Österrike, Nederländerna och Belgien). I de senare kontrakterar sjukförsäkringskassor över landet vårdgivarna, och behovet för och utformningen av ersättningsmodeller här har präglats av detta förhållande. Det bör också poängteras att det i de flesta länder finns en större mångfald av vårdgivare än i Sverige, innefattande till exempel offentligt ägda, lokalt baserade religiösa eller ideella icke-vinstgivande sjukvårdsinrättningar (så kallade voluntary hospitals) och en ytterligare framväxande sektor med vinstdrivande vårdföretag.

Ersättningssystem

I princip kan ersättningen för vårdproduktion utgå från fyra olika modeller, som kan gälla för fördelning av resurser till såväl offentlig som privat vårdgivare:

- Budget (strikt ram för utgifterna).
- Ersättning av alla kostnader (ej låst på förhand till budget) men oavsett prestation.
- Ersättning relaterad till prestation eller produktivitet.
- Ersättning relaterad till ”effektivitet” liktydigt med slutligt resultat eller utfall.

De första två modellerna handlar om anslag som används inom olika verksamheter, med eller utan en på förhand uppsatt ram för möjligheterna till ersättning totalt sett.

Naturligtvis förutsätts även här att vårdgivarna presterar något, men kopplingen mellan prestation och ersättning är indirekt, exempelvis kan en verksamhet som är ineffektiv läggas ned genom politiska beslut. Den renodlade budgetmetoden, som är landstingens finansieringsmodell för huvuddelen av sin egen verksamhet idag, innebär en bestämd ersättning till vårdgivaren för en viss tidsperiod, inte direkt relaterad till aktivitet, ofta baserad på tidigare aktivitet eller kostnader. Modellen är fortfarande vanlig i europeiska länder och ger ett effektivt redskap för att kontrollera kostnaderna på samlad, aggregerad nivå, men den innehåller allvarligt begränsade incitament för aktivitet, prestationer och kvalitet – om den inte aktivt kopplas till uppföljning och styrning för detta via andra metoder. Ramen i den strikta budgetmodellen inbjuder också till vad som i dagligt tal hänvisas till som ”övervältring” av patienter till andra vårdgivare. Ersättning av kostnader utan strikt ekonomisk ram på förhand innebär istället att finansieraren ersätter de kostnader som uppstått, antingen som helhet eller via en så kallad fee-for-service-modell, alltså delvis med en koppling till ersättning för prestation. Denna modell innehåller därför incitament för hög produktion och incitament för kvalitet, men fortfarande för få incitament för effektivitet.

Sverige

Fram till 1970 hade vi i Sverige ett rent prestationsersättningsystem som då togs bort genom den så kallade sjukvårdsreformen. Eftersom den absoluta majoriteten av läkarkåren i Sverige var och är offentligtanställd, till skillnad från nästan alla andra jämförbara länder där egenanställda läkare är det vanliga, kan man säga att upphörandet av den allmänna prestationsersättningen år 1970 var ett led i en socialisering av svensk hälso- och sjukvård. Å andra sidan ledde detta till starten för en ständig politisk debatt om prestations- eller produktivitetsrelaterade ersättningsmodeller för vårt land, trots att

den enda prestationsersatta delen av hälso- och sjukvården sedan 1972 har varit de fåtal privata läkare i öppen vård som ersatts enligt den så kallade nationella taxan (senast reformerad 1994 i och med att den borgerliga regeringens beslut om fri etablering då infördes nationellt).

Diagnosrelaterade grupper (DRG)

Den inledda debatten föranledde sedan 1986 införandet av ett nytt, internationellt vedertaget prestationsbaserat ersättningssystem för slutenvården efter ursprunglig förlaga från USA under 1980-talet (Robert B. Fetter, Yale University). Systemet ersätter utifrån så kallade diagnosrelaterade grupper (DRG), som bygger på grupperingar av internationella diagnosklassifikationssystem. DRG-systemet syftar alltså till att samla kliniskt relaterade och kostnadsmässigt homogena fall i distinkta grupper för beräkning av ersättningens storlek till en bestämd summa pengar för ett standardiserat patientfall av en viss typ.

Ett DRG-system måste för att fungera hela tiden uppdateras med ny information, och det handlar då bland annat om att fördela kostnader för olika ingrepp på olika patienter. Det är en högst komplicerad process där mycket kan gå fel. För det första måste arbetstid, material, lokaler och andra insatsfaktorer fördelas på så kallade kostnadsbärare, alltså patienter, och många misstag kan ske i denna process som leder till att kostnadsviktningarna mellan olika åtgärder i ett DRG-system blir felaktiga. För det andra finns ett incitament för vårdgivare som utför en stor andel av ingreppen inom en viss grupp att överdriva kostnaderna. Ett sjukhus administratörer har naturligtvis också en viss tolkningsfrihet när det gäller vilka insatser som skall hänföras till olika patienter inom detta ersättningssystem. Genom att till exempel hävda att en patient i en specifik DRG-grupp, där sjukhuset kanske utför alla ingrepp i regionen, tar en större andel av sjukhusets totala kostnader kan sjukhuset vinna fördelar gentemot andra sjukhus. För att DRG-systemet skall fungera bra krävs alltså både ett bra redovisningssystem och att ett stort antal sjukhus ingår i beräkningsunderlaget för att det skall bli så rättvisande som möjligt. Små landsting är inte tillräckligt stora för att klara av att hantera ett DRG-system på egen hand. Stora landsting har lättare att hantera systemen, men bäst vore ett heltäckande nationellt DRG-system där alla landets sjukhus ingår i beräkningsunderlaget. Speciellt viktigt är detta för diagnosgrupper där underlaget är litet i varje enskild region (landsting). Kvalitetsaspekten är inte heller tillgodosedd enbart med ett DRG-system, och därför behövs i ett nationellt beskrivningssystem av typen DRG även tillägg av kvalitetsindikatorer. Indikatorerna kan vara olika och det är

svårt att på förhand veta vilka indikatorer som lämpar sig bäst. Mortalitet (hur många som dör respektive överlever) är kanske den mest uppenbara, men det finns naturligtvis en mångfald andra sätt att mäta kvalitet. Kvalitetsindikatorer bör kopplas till beskrivningssystemet så att det blir möjligt att jämföra insatser och resultat på ett meningsfullt sätt mellan så många vårdgivare som möjligt.

Sammanfattningsvis ger ersättning av prestationer av typen DRG vissa incitament för aktivitet men garanterar i sig inte kvaliteten och inbjuder också till försök att selektera patienter, att manipulera diagnoskodning etcetera, som motverkar syftet med det övergripande målet för hälso- och sjukvården. Metoden med DRG bidrar dessutom till kostnadskontroll enbart om metoden kopplas till en budget.

Dessa tre ”renodlade” metoder kombineras ofta i praktiken. En viktig del av utvecklingen av ersättningssystem sker genom att kombinera metoder baserat på lärdomar om deras för- och nackdelar. Avgörande är till syvende og sidst i vilken grad ersättningssystemet bidrar till att uppnå sjukvårdssystemets övergripande mål för verksamheten (enligt dagens hälso- och sjukvårdslag), och det är här det idag behövs förnyelse inte minst mot bakgrund av den uruselt dåliga tillgängligheten till svensk hälso- och sjukvård ur ett internationellt perspektiv.

Den sist föreslagna modellen med en ersättning relaterad till ”effektivitet” liktydigt med slutligt resultat eller utfall är idag ett relativt oprövat kort för hur en mera patientcentrerad vård kan komma att behöva utveckla en rättvisande nationell taxa i framtiden. Förslag på modeller av denna typ är därför välkomna inom ramen för en reformering av den svenska hälso- och sjukvården från grunden. Ett par intressanta internationella exempel på denna strävan i att utveckla ersättningssystem kan hämtas från Kanada och Nederländerna.

Kanada

I Kanada försöker man förändra det styckeprisdefinierade DRG-ersättningssystemet för alla läkarna på alla specialiteter och även i akutvården till förmån för modeller som mera harmonierar med att planera och beskriva helheter i vårdkedjor och vårdförlopp, det vill säga en form av effektivitetsersättningsmodell. En brist i dagens DRG-system är att ersättningssystemet inte fungerar optimalt på grund av kapacitetsproblem i form av brist på personal och ”flaskhalsar” som bromsar snabb genomströmning på en operationsavdelning eller via diagnostiska avdelningar inom sjukhuset. I till exempel

delstaten Alberta är ett stort program inriktat på att successivt ersätta det traditionella ersättningssystemet för läkare enligt styckevis ”fee-for-service” med en modell som sammanfattas under begreppet ”Alternate Relationship Plans”. Tanken här är att läkarna fortsatt skall vara egenanställda men de skall ingå avtal med sjukvårdshuvudmannen som definierar ersättningen enligt något av följande alternativ: 1) kontrakt för en viss volym patientarbete under bestämd tidsperiod med en fast ersättning, 2) kontrakt som innehåller tidsmått (sessions) med en viss ersättningsnivå eller 3) kapiteringsmodeller – ”pris per huvud” med en bestämd ersättning för en definierad patientgrupp per år (i likhet med tankarna från DRG) som avser framförallt allmänläkarna, vilka utgör 50 procent av läkarkåren i Kanada. Utvecklingsarbete och förhandlingar pågår för närvarande kring en sådan modell. För universitetskliniker är förhållandena speciella, och tongivande röster förespråkar i Kanada idag en utveckling mot närmast en fast ersättning motsvarande lön för patientarbete, undervisning och forskning på sådana institutioner. Det finns dock en strävan att i en större ersättningssystemreform ta vara på läkarnas betydelse för förändringskraft och innovation kring patientvården liksom deras känslighet för incitament. Av detta borde Sverige ha en hel del att lära.

Nederländerna

Som en del i de omfattande sjuk- och sjukförsäkringssystemförändringarna i Nederländerna utvecklas nu ett nytt ersättningssystem som bas för transaktionerna mellan försäkringsgivare och vårdgivare. Man har tidigare i Holland använt DRG, men detta har bedömts inte kunna ge den detaljerade resursmässiga och medicinska genomlysning som behövs. Man vill också ha ett system som täcker både slutet och öppen vård. Det nya systemet ”Diagnosis Treatment Combinations” (DBC) har utvecklats successivt sedan 1994 i ett arbete inom varje medicinsk specialitet och därefter i en testversion vid 23 sjukhus. Utvecklingen av DBC söker täcka konsekvenserna av åtgärder för hela sjukdomsförlopp under upp till ett år. För närvarande finns det 29 000 DBC:er (jämfört med 600–900 olika DRG), även om strävan är att på sikt reducera antalet DBC:er. Ersättningen i DBC-systemet baseras på en nationell lista med fixerade priser som innehåller en sjukhusersättning och en läkarersättning. Ersättningen till sjukhus baseras på omfattande kostnadsanalyser och beslutas av en offentlig organisation som arbetar på regeringens uppdrag. Ersättningen till läkare baseras i första hand på tidsstudier. Det finns också en kompletterande grupp ersättningar som är förhandlingsbara mellan försäkringsgivare och vårdgivare. I Nederländerna har man alltså valt en annan väg när det gäller beskrivningen av vårdinsatser och resurser än flertalet andra europeiska länder, vilka fortfarande främst

arbetar med DRG. Angreppssättet för holländarna bygger uppenbarligen på att ”krypa närmare” det medicinskt funktionella och att söka länka samman hela vårdförlopp, inte minst mellan öppen och slutna vård. Debatten i Holland om denna pågående reformering kretsar bland annat kring riskerna för alltför stora administrativa kostnader förbundna med registrering och förhandlingar (”transaktionskostnader”). Kvalitet och vårdresultat har fokuserats i de samlade reformerna, men några säkra erfarenheter finns ännu inte. Det vore dock mycket angeläget för en framtida ersättningsmodell i Sverige, där vi förhoppningsvis har en betydligt större mångfald av utförare än idag, att effektiva och kvalitetsinriktade vårdförlopp premieras framför att enbart ha en styckeprisersättning för avgränsade medicinska åtgärder. Detta skulle inte minst gagna en bättre kontinuitet mellan patient och vårdpersonal i den svenska hälso- och sjukvården, en funktion som för all kronisk sjukdom är den kanske enskilt viktigaste kvalitetsparametern vid sidan av en kompetent, engagerad och empatisk sjukvårdspersonal.

Förslag

Det är helt uppenbart, av vad som ovan inledningsvis anförts, att svensk hälso- och sjukvård behöver möjligheter för fri etablering likt andra länder för att få bukt med den dåliga tillgängligheten till den kvantitativt dominerande mängden av åtgärder som krävs för lätt och medelsvår medicinsk problematik. För att detta skall kunna ske på ett ansvarsfullt sätt ur ekonomisk synvinkel inom ramen för en solidariskt finansierad vård över skattsedeln, måste en grundläggande reformering av ersättningsmodellerna till olika utförare tas fram.

Reformen på detta område måste utgå från målet med patienten i centrum, och därmed maximera individens fria val, samtidigt som den skall visa på en modern, rättvis (och konkurrensneutral) och sjukvårdseffektiv ersättningsprincip som helst också ”går i takt” med utvecklingen på detta område inom övriga EU-länder.

Av bakgrunden ovan framgår att den typ av ersättningsmodeller som vi nu bör snegla åt är de som relaterar till ”effektivitet” liktydigt med slutligt resultat eller utfall för hälso- och sjukvården, till skillnad från dagens fokus på främst prestationsersättningar av typen DRG. Dessa effektivitetsrelaterade ersättningsystem kan exempelvis utgöras av olika bonussystem som utgår för vårdgivare som kan uppvisa en effektiv vård genom, förslagsvis, bevisligen bra kvalitet med ett minimum av medicinska komplikationer, misstag och andra misslyckanden, minskat antal sjukskrivningar och

förtidspensioneringar, god kontinuitet och tillgänglighet för patienterna, när detta är ett viktigt önskemål och, varför inte, bättre upplevd total hälsa och ”lycka” hos ”kunderna” med över lång tid också visad ökad överlevnad jämfört med andra vårdgivare.

Utarbetande av modellen måste emellertid ta hänsyn till att den information som finns tillgänglig för sådan utvärdering idag inte alltid räcker för att få ett effektivitetsrelaterat system att fungera bra. Parallellt med att ett nytt ersättningssystem, som bättre än idag harmoniseras med ändamålsenlighet för att premiera de vårdgivare som når hälso- och sjukvårdens övergripande målsättningar, måste därför de av alliansregeringen påbörjade förslagen med till exempel öppna, nationella kvalitetsregister stödjas och noga följas.

En stor majoritet av sjukhusens ersättning idag brukar, åtminstone i framsynta landsting, utgå i form av produktivitetsrelaterad ersättning även om man då ofta har olika former av tak för produktionen för att ha kostnadskontroll. En renodlad effektivitetsrelaterad ersättning finns ännu inte, men kan kanske snart komma att vara ett bra komplement till övriga befintliga ersättningsmodeller även inom slutenvården.

Det bör noteras att valfrihet för patienterna i framtidens moderata vision för hälso- och sjukvårdens finansiering i någon mening måste innebära en effektivitetsrelaterad ersättning. Detta eftersom nöjda patienter ger fler patienter och därmed också ger högre total ersättning till en vårdgivare med detta mål. Med målet i vår politik – att patienterna skall överta mer av makten över sin egen hälso- och sjukvård – borde därför ansatser att utveckla effektivitetsrelaterade ersättningssystem med olika ”steg” för ersättningens storlek beroende på bland annat kompetens och engagemang från vårdgivaren vara en framkomlig väg.

Vi vill med denna motion att riksdagen ger regeringen detta resonemang tillkänna som underlag för den översyn vi önskar av nya ersättningsmodeller, som i sin tur ger bättre möjligheter till fri etablering för vårdrkesarbetande i vårt land, med bibehållande av den solidariska finansieringen med offentliga medel av svensk hälso- och sjukvård.

Finn Bengtsson (M)

Hans Rothenberg (M)

Saila Quicklund (M)