

Enskild motion

Motion till riksdagen 2015/16:2588

av Finn Bengtsson (M)

Bättre ersättningssystem inom sjukvårdsproduktionen

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över och införa bättre fungerande och rättvisare ersättningsmodeller vid utförande av offentligfinansierad sjukvård och tillkännager detta för regeringen.

Bakgrund

De 150 år gamla landstingen, som fortsatt idag bekostar och producerar sjukvård, är inte säkert bäst skickade att anta framtidens utmaning för hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering. Ansvaret för helheten, att möta enskildas lidande likvärdigt och hålla koll på den gemensamt finansierade kostnaden för ohälsa och sjukdom, vilar alltid på staten. Detta är särskilt viktigt om en jämlik vård för alla över hela landet ska kunna etableras, något den svenska politiken är rörande överens om ska vara en övergripande målsättning.

Tyvärr har den rödgröna regeringen efter påtryckningar av Vänsterpartiet påbörjat en utredning med de tydliga direktiven att förbjuda vinstutdelning inom den offentligfinansierade välfärden. Detta har lagt en våt filt över utvecklingen av välfärdssektorn från en ökad mångfald av utförare mot en monopolsituation som negativt kommer att påverka valmöjligheterna för att få välfärdstjänster utförda bland allmänheten själv. I fråga om sjukvården så torde ett fokus som nu på att förbjuda vinstutdelning hos företag som utför sjukvård vara att rikta intresset för politisk förändring åt fel håll. Istället

borde fokus ligga på att skapa ett system för bättre ersättningsmodeller för sjukvård som ger mer och bättre sjukvård för pengarna än vad dagens system förmår att prestera.

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, med eller utan en på förhand uppsatt ram, som ger möjligheter till en övergripande ersättning för verksamheten. Naturligtvis förutsätts även här att vårdgivarna presterar något, men kopplingen mellan prestation och ersättning är mycket indirekt och därigenom otillfredsställande för dagens rimliga krav på bevisbar effektivitet med bibehållen hög kvalitet i vården.

Den strikta 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 utan ofta baserad på tidigare aktivitet eller kostnader. Modellen medför hyfsad kontroll över kostnaderna på samlad, aggregerad nivå, men den innehåller alltför begränsade incitament för att premiera förbättrad aktivitet, prestationer och kvalitet. Dessutom inbjuder ramen i budgetmodellen nedbruten till enskilda verksamheter till omotiverad rundgång av patienter mellan olika vårdgivare i systemet. I denna modell lönar det sig cyniskt nog att ”bli av med patienten”, och den är naturligt nog inte anpassad till dagens glädjande utveckling mot en större mångfald av vårdgivare som konkurrerar om patienternas gunst. Risker med en alltför strikt budgetram för sjukvårdskostnaderna i förhållande till det övergripande målet om att bekämpa sjukdom, gör att denna modell utan andra inslag dessutom inbjuder till att alltför kraftigt begränsa utbudet av sjukvård – ibland omnämnt som ”ransoneringsjukvårdspolitik”. I sin renodlade form hör denna typ av finansieringsmodell endast hemma i samhällen med planekonomi och där all sjukvårdsproduktion tillhandahålls av det offentliga.

Ersättning av kostnader utan strikt ekonomisk ram på förhand innebär istället att finansören 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 incitament för högre produktion, något mindre för kvalitet och minst

för effektivitet. En modell som denna är dock knappast relevant i en solidariskt finansierad sjukvård då man utan budgetram kan riskera skenande sjukvårdskostnader utan ansvarsfull kontroll över skattebetalarnas pengar.

I Sverige har vi i modern historia hittills haft en alltför omfattande volym av offentligdriven vård, vilket gynnat just ersättning enligt budgetmodellen med utgiftskontroll men utan nämnvärda incitament för att premiera förbättrad aktivitet, prestationer och kvalitet. Bristen på en större mångfald av vårdgivare har de facto kraftigt hämmat oss i vårt land att vara med och utveckla andra och modernare modeller för att ersätta sjukvårdsproduktion på ett rationellt sätt. Men den begränsade sjukvårdsverksamhet inom ramen för den solidariska finansieringen med skattemedel som trots allt ”tillåtits” vid sidan av den offentligdrivna har krävt att ersättningar som bättre relaterar till prestation eller produktivitet har måst införas.

I korthet har detta inneburit att vi i Sverige huvudsakligen inlemmat ett system utvecklat i USA på 1980-talet och som bygger på så kallade diagnosrelaterade grupper (DRG). Systemet 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. 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 m.m., något som även detta motverkar syftet med det övergripande målet för sjukvårdspolitiken med att bekämpa sjukdom. När DRG-modellen kopplas till budgetmodellen med strikt ram, som i Sverige, så blir tyvärr tillkortakommandet med ”ransoneringsjukvården” ibland som tydligast. En vårdgivare som är effektiv i systemet och har rätt att utkräva mycket ersättning enligt DRG-kriterier slår lätt ”i taket” för budgetramen, och så hämmas främst den som kanske är mest produktiv att få fortsätta producera sjukvård.

Andra länder, som traditionellt haft en större mångfald av vårdgivare än Sverige, har följaktligen utvecklat DRG-system och även infört helt nya modeller för ersättning till sjukvårdsproduktion under de senaste decennierna (se vidare i Johan Calltorps utredning 2007-12-09). Vi har p.g.a. ointresse för att utöka antalet alternativa vårdgivare under de många socialdemokratiska åren vid makten tyvärr kommit kraftigt på efterkälken i Sverige med detta utvecklingsarbete, varför det med en annan inriktning på sjukvårdspolitiken med fokus på bättre ersättningsmodeller för den som utför vården än

på eventuell vinstutdelningsförbud hos privata sjukvårdsproducenter borde det vara möjligt att ändra på detta förhållande inför framtiden.

Motivering

Den typ av nya ersättningsmodeller för sjukvård som bör tas fram i Sverige ska bygga på ambitionen att med fri etableringsrätt för godkända vårdgivare utgå från att patienten är i centrum med individens fria val, samtidigt som den ska vara modern, rättvis (och konkurrensneutral) och utgöra en sjukvårdseffektiv ersättningsprincip som helst också harmoniserar med utvecklingen av ersättningar i övriga EU-länder.

Med nytt sikte inställt på effektivitetsrelaterade ersättningssystem kan dessa exempelvis utgöras av olika bonussystem, där ersättning utgår i större omfattning till vårdgivare som kan uppvisa resultat enligt nya och mera definitiva indikatorer för effektivitet och kvalitet. Sådana mått kan vara ett bra allmänt utfall av vården parat med ett minimum av medicinska komplikationer, misstag och andra misslyckanden, ett minskat antal sjukskrivningar och förtidspensioneringar, en god kontinuitet och tillgänglighet för patienterna (i det fall detta är ett prioriterat önskemål från patienterna). Indikatorerna kan utsträckas till att även innefatta bättre upplevd total hälsa och välmående hos patienterna, och ytterst med över lång tid också visad ökad överlevnad jämfört med andra vårdgivare.

Införandet av öppna, nationella kvalitetsregister i Sverige är en utmärkt ingång för att också utforma nya och mer relevanta ersättningssystem till bra och effektiva vårdproducenter. Utvecklingsarbete för att finna nya, bättre och mer rättvisa ersättningssystem anpassade för en sjukvård som bedrivs av allt fler vårdgivare är särskilt viktigt idag. Detta inte minst som hälso- och sjukvårdslagen kompletterats med patientlagen som påtagligt ökat patienternas valmöjligheter och makt över sin egen sjukvård. I ljuset av detta är det alltså särskilt viktigt att se över, analysera och förnya ersättningsmodeller till alla olika utförare av sjukvård, så att en mera rättvisande ersättning till dem som premierar hög kvalitet och god ekonomisk effektivitet inom denna viktiga del av den med skattemedel gemensamfinansierade välfärden.

När liknande förslag tidigare har framförts till riksdagen, har utskottet valt att bortse från detta med en lång rad olika men ytterst tveksamma motiv. Nu senast argumenterade utskottet i samband med avslag av en motion som innehöll förslag liknande de som förekommer i denna motion på vad som kunde analyseras vidare för att skapa nya

ersättningsmodeller i sjukvården, ”att bl.a. Riksrevisionen och Konkurrensverket nyligen har presenterat rapporter som på olika sätt rör landstingens arbete med vårdval och ersättningssystem. Utskottet kommer att behandla regeringens skrivelse med anledning av Riksrevisionens granskning under våren 2015.”

Vi är nu inne i hösten 2015, men jag finner emellertid inte att de överväganden som jag framför i denna motion kring förändrade ersättningssystem blivit uppmärksammade på vederbörligt sätt ännu. Jag vill därför att riksdagen med bifall till denna motion ger regeringen tillkänna att se över och införa bättre fungerande och rättvisare ersättningsmodeller vid utförande av offentligfinansierad sjukvård.

Finn Bengtsson (M)