

# Ersättningsystem inom hälso- och sjukvården

*En kunskapsöversikt baserad på internationella erfarenheter*

# Ersättningsystem inom hälso- och sjukvården

*En kunskapsöversikt baserad på  
internationella erfarenheter*

JOHAN CALLTORP

PROFESSOR, HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSADMINISTRATION

ÄMNESSAKKUNNIG, SOCIALDEPARTEMENTET

Sveriges Kommuner och Landsting  
118 82 Stockholm, Besök Hornsgatan 20  
*Tfn* 08-452 70 00, *Fax* 08-452 70 50  
info@skl.se, www.skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting

*Grafisk form och produktion* ETC

ISBN 978-91-7164-352-0

# Innehåll

<b>Förord</b>	5
<b>Inledning</b>	6
<b>Historik</b>	6
Målet: Världens bästa ersättningssystem	8
<b>Utgångspunkt för de svenska övervägandena</b>	9
<b>Generell kunskap om ersättningssystem</b>	11
Källor för jämförelser	11
USA	13
Kanada	19
Storbritannien (UK)	20
Nederländerna	24
Tyskland	26
Norge	26
Danmark	27
Finland	28
Andra europeiska länder	28
<b>Vilka är lärdomarna från den internationella utvecklingen?</b>	29
Några gemensamma drag	29
Incitament, drivkrafter, belöningsfaktorer	30
Tänkbara strategier	30
<b>Litteratur</b>	32
<b>Bilaga 1 Informationskällor kring olika länder</b>	35



# Förord

Svensk hälso- och sjukvård är ett heltäckande system som omfattar alla och har i internationella jämförelser goda resultat till relativt låga kostnader. Men det finns också utmaningar och ambitionen att skapa en ytterligare effektiv och god vård utifrån befolkningens behov.

Denna rapport har till syfte att lyfta fram erfarenheter och utvecklingslinjer, som bakgrund för kommande satsningar och utveckling av ersättningsystem inom hälso- och sjukvård.

Ekonomiska drivkrafter kan vara ett viktigt instrument för att bidra till effektivitet och kvalitet. Ytterst handlar det om medborgare som får sina behov tillgodosedda med hög kvalitet, i effektiva vårdformer och i ett system där patienter inte faller mellan stolarna, eller möts av långa väntetider mellan de olika insatserna i vårdkedjan. Det handlar även om att slippa vänta onödigt länge vid ett tillfälligt behov av hälso- och sjukvårdens insatser.

De senaste femton årens utveckling av sjukvårdens ersättningsmodeller har gett erfarenheter av olika ersättningsystem. Internationellt finns det också erfarenheter och modeller som kan ge nya utgångspunkter för utvecklingen av styrning och ledning. Dessa erfarenheter bör tas tillvara för att utveckla ersättningsystemen så att de bidrar till en verksamhetsstyrning som är effektiv, dvs fokuserar på kvalitet, produktivitet och kan hantera kostnadsutvecklingen.

Den här rapporten vill spegla den intensiva utveckling kring dessa frågor som pågår i omvärlden. I USA finns ett påtagligt intresse att koppla ekonomisk ersättning till uppnådd kvalitet och måluppfyllelse, s.k. "pay for performance". Även i Storbritannien pågår storskaliga försök i primärvården och sjukhusvården enligt denna modell. Många andra europeiska länder bedriver utveckling av sina ersättningsystem, bl.a. utgående från tradition och kulturella förutsättningar.

Rapporten ger en samlad översikt över denna utveckling med hänvisningar till litteratur och andra kunskapskällor. Tänkbara strategier och utvecklingslinjer för Sverige diskuteras mot bakgrund av den internationella utvecklingen.

# Inledning

**Denna rapport avser att orientera** om de viktigaste utvecklingslinjerna när det gäller ersättningssystem i omvärlden. Det är ett mycket stort område och omöjligt att på kort tid göra heltäckande. Syftet är att fånga huvuddrag i utvecklingen och frågor som på olika sätt är aktuella utifrån den inledande bild som tecknats. Rapporten utgör en del av processen att väcka och initiera frågeställningarna förbinda med ersättningssystem som regeringsbeslutet innebär. Den vill peka på viktigt material, väsentliga aktörer och kontaktpunkter för den som vill fördjupa sig. Urval, kontaktvägar och utformning av materialet utgår från författarens bakgrund som hälso- och sjukvårdsforskare med bland annat inriktning på jämförelse av hälso- och sjukvårdssystem.

Det material och de bedömningar som redovisas bygger på:

- det samlade stoff som redovisades vid projektets internationella seminarium den 15 juni 2007. Hela seminariet finns dokumenterat på <http://www.streamsync.qbrick.com/01191/20070927>
- kontakter med forskare inom European Observatory on Health Systems and Policies, främst via professor Richard Saltman, Emory University, Atlanta
- kontakter och intervjuer med nyckelpersoner inom Agency for Healthcare Quality and Research (AHRQ), Medicare Payment Advisory Commission (Medpac), Urban Institute och Commonwealth Fund i Washington DC kring USA-förhållandena
- kontakter och intervjuer med nyckelpersoner i det kanadensiska sjukvårdssystemet i Edmonton Alberta. Namn och organisationslistor liksom webbadresser finns i slutet av rapporten.
- nyckellitteratur kring de senaste årens utveckling i USA, Kanada och Västeuropa. Se litteraturlistan.
- en aktuell svensk litteraturoversikt kring monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvården av Fredric Jacobsson, CMT, Linköping

## Historik

Dagens svenska situation kring ersättningssystem präglas framförallt av två historiska förhållanden, som är del av vår tradition:

## Sjukronorsreformen moderniserade systemet

- den s.k. "sjukronorsreformen" 1970 då prestationsersättning för läkare togs bort. Läkarkåren har sedan dess, liksom all annan personal i landstingen, reglerad arbetstid, fast lön och anställning – till skillnad från situationen i många andra länder där läkarna är egenanställda. Den enda prestationsersatta delen av sjukvården har sedan 1972 i princip varit privata läkare i öppen vård som ersätts enligt den så kallade nationella taxan, vilken utarbetades 1972. Sjukronorsreformen kan för sin tid beskrivas som en "modern" och tidig reform för ett integrerat sjukvårdssystem. Många länder med mera uppsplittrade sjukvårdssystem söker nu gå i den riktningen. Man kan samtidigt konstatera att vi i Sverige allt sedan sjukronorsreformen haft en debatt om prestationer och produktivitet i sjukvården.

## Sverige var tidigt ute med DRG

- införandet av diagnosrelaterade grupper (DRG) 1986 som beskrivnings-system av slutenvården och som grund för att kalkylera resursåtgång. DRG utgör bas för ersättningen till sjukhusen hos många huvudmän. Sverige var tidigt ute i att ta upp denna teknik under direkt medverkan av DRG-systemets konstruktör Robert B Fetter vid Yaleuniversitetet, bara några år efter DRGs införande som medel för prospektiv ersättning inom Medicaresystemet i USA 1983. Numera har DRG i olika anpassade varianter kommit att bli en dominerande modell i många länder i västvärlden för beskrivning av slutenvården i kombinerade medicinska och resursmässiga termer.

Sverige har alltså tidigt applicerat internationella modeller inom ersättningsområdet. En utveckling har skett i de enskilda landstingen med en viss nationell samordning. Experiment med internationella modeller för klassificering och ersättning av bland annat geriatrik (RUG) och öppenvård (ACG) har skett liksom utveckling av ett klassificeringssystem för specialiserad öppen vård. Nordiskt samarbete kring klassifikation och DRG-frågor har pågått länge.

En betydande tyngdpunkt i den samlade utvecklingen av redskap för styrning har emellertid legat på metoder att mäta kvalitet och resultat (kvalitetsregistren) nära kopplade till utvecklingen av kunskapsunderlag och riktlinjer inom Socialstyrelsen. En annan linje under rubriken "kvalitet" rör satsningen på processtekniker för effektivisering.



## **Målet: Världens bästa ersättningssystem**

Utländska bedömare av svensk hälso- och sjukvård återkommer regelbundet till den möjlighet vi har att med utgångsläge i en god kostnadskontroll, goda patientdatabaser och framförallt tillgängligheten av kvalitets- och resultatuppgifter via registren kunna utveckla "världens bästa ersättningssystem" (exempelvis Michael Porter, Harvard Business School vid det s.k. Blickaseminarier i Stockholm den 27 april 2007). Med det gemensamma nationella utvecklingsarbete som nu är initierat är det en intressant utgångspunkt. Frågan är vilka strategier som skall väljas, vilka impulser och lärdomar som kan fås av utvecklingen i andra länder. Vilka länder och konkreta utvecklingsprojekt har vi anledning att se närmare på?

# Utgångspunkt för de svenska övervägandena

**Ersättningssystemet utgör en "stomme"** i varje sjukvårdssystem. Det utgör en teknik att ekonomiskt ersätta vårdgivarna. Det innehåller också mer eller mindre utvecklade redskap att påverka och styra inriktningen av sjukvårdsverksamhetens olika delar. Ersättningssystemet utgör därmed en del av en samlad styrning av vården där det kan samspela med andra typer av styrmedel – till exempel lagstiftning, normer, medicinska riktlinjer, kunskapsunderlag och vårdprogram. Ersättningssystemet kan alltså göras mer eller mindre komplext och man kan också söka bygga in andra dimensioner av styrning i olika grad i det.

Den allra enklaste formen är en tilldelad summa pengar (en budget) för en verksamhet som skall utföras, mer eller mindre tydligt definierad. Budgetstyrningsmodellen, som av tradition dominerat i svensk vård ligger nära detta. Behovet av utveckling har då medfört att andra inslag i den samlade styrningen fått ett större intresse och fokus. Resursbeskrivning och ekonomisk uppföljning men också uppföljning av verksamheternas prestationer och resultat finns av tradition i svensk vård. Vi har omfattande administrativa register och patientdatabaser. Under senare år har dessutom en utveckling av mätningar som speglar vårdens innehåll och kvalitet blivit en viktig komponent. De drygt 60 nationella kvalitetsregistren utgör en viktig del – även om inte alla är nationellt heltäckande för den diagnos eller sjukdomsgrupp det gäller.

Intresset för ersättningssystemets förmåga att i en samlad styrning bidra till kostnadskontroll har varit framträdande i Sverige under de senaste decennierna. Den huvudsakliga budgetstyrningen har också bidragit till en internationellt sett framgångsrik kostnadskontroll. Samtidigt har satsningen på andra styrmedel bidragit till kvalitet och god måluppfyllelse. Den starka traditionen av rättvisa och att denna värdegrund understryks i hälso- och sjukvårdslagen har sannolikt också bidragit som ett styrmedel för att sträva mot rättvisa i vårdens utnyttjande och resultat.

När utomstående experter ser på svensk hälso- och sjukvård och bedömer hur vi balanserar totalkostnad, fördelning av vårdresurserna i befolkningen, innovationsförmåga och tillgänglighet står sig den svenska sjukvården väl. Den främsta förbättringspotentialen brukar gälla tillgängligheten. Vi har emellertid en välkänd problembild framför oss med ett antal "utmaningar" – demografiska förändringar, teknologiutveckling, ökade behov och växande efterfrågan på vården. Detta betyder förstärkta krav på utveckling, förnyelse och effektivisering

för att kunna möta utmaningarna. Medborgarnas efterfrågan på ökad service och tillgänglighet liksom de aktuella önskemålen om variation och mångfald i vårdutbudet bidrar till krav på förnyelse och utveckling av vårdens ersättningssystem. I Regeringens beslut kring det nu påbörjade arbetet beskrivs den roll ersättningssystemet har i den samlade strategin att möta utmaningarna.

# Generell kunskap om ersättningsystem

**Sättet att ersätta vårdgivare varierar starkt** mellan olika länder och kulturer. De metoder man finner i ett enskilt land förklaras till stor del av traditionen och uppbyggnaden av landets sjukvårdssystem. Denna bakgrundsinformation är viktig för att rätt förstå och tolka det aktuella ersättningsystemet. Som framhållits tidigare utgör ju ersättningsystemet enbart en del av hela sjukvårdssystemets mångdimensionella styrning. Även om det under de senaste 20 åren skett en påtaglig internationalisering inom detta område och ökat erfarenhetsutbyte är fortfarande de nationella särarterna och lokala variationerna påtagliga. Det bästa exemplet på detta är DRG-systemet som nu under cirka 20 år varit i bruk och från USA spridits över hela den industrialiserade västvärlden. Det framstod tidigt som ett exempel på ett internationellt "språk" eller en standardisering för att beskriva sjukhusvård. En aktuell översikt visar dock att utvecklingen gått enligt olika spår i olika länder och att skillnaderna vad gäller utformning och användning av DRG är betydande – även om man ser en tekniskt likartad metodik som bygger på den ursprungliga konstruktionen i USA (Schreyögg m.fl. 2006). Vissa länder utvecklar helt egna klassificeringar, t.ex. Nederländerna med ett vårdepisodbaserat system som beskriver ett mycket stort antal diagnos-behandlingspar (29 000 s.k. DCBs). Frågan är om framväxten av en ökad patientrörlighet mellan olika europeiska länder inom EU kommer att driva fram en ökad harmonisering även inom ersättningsområdet?

## Källor för jämförelser

Vid projektets seminarium den 15 juni 2007 kring internationella erfarenheter av ersättningsystem gavs en överblick över helheten. Fyra experter inom området från Europa och USA gav genomarbetade översikter som finns tillgängliga som ett "studiematerial" via den tidigare beskrivna webbplatsen. I Europa finns en samlad kunskapsbas kring sjukvårdssystem och sjukvårdspolicy i form av European Observatory on Health Systems and Policies i Bryssel. En akademisk forskningsinstitution som byggt upp omfattande kompetens kring sjukvårdens ersättningsystem är Centre for Health Economics, University of York (professor Peter Smith).

## Effekterna – vad vi vet

En sammanfattning från seminariet kring de generella frågorna – vad vet vi om ersättningssystem och deras effekter – kan vara följande: Man kan urskilja tre huvudstrategier att ersätta vårdgivare:

- Budget
- Ersättning av kostnader
- Ersättning av prestationer

### *Budget ger kostnadskontroll*

Budgetmetoden innebär en bestämd ersättning till vårdgivaren för en viss tidsperiod, inte direkt relaterad till aktivitet, ofta baserad på tidigare aktivitet eller kostnader. Fortfarande är den modellen vanlig i Europeiska länder. Budgetmodellen ger ett effektivt redskap för att kontrollera kostnaderna på aggregerad nivå, men den innehåller begränsade incitament för aktivitet, prestationer och kvalitet – om den inte aktivt kopplas till sådan uppföljning och styrning via andra metoder. Den inbjuder till exempel också till "övervältring" av patienter till andra vårdgivare.

### *Fee-for-service ger få incitament för effektivitet*

Ersättning av kostnader innebär att finansören ersätter de kostnader som uppstår, antingen som helhet eller via en s.k. "fee-for-service" modell. Modellen innehåller incitament för hög produktion och incitament för kvalitet men få incitament för effektivitet.

### *Ersättning av prestationer inbjuder till selektion av patienter*

Ersättning av prestationer, ofta ersättning med en bestämd summa för ett standardiserat patientfall. DRG är typexemplet på denna metod. Metoden ger vissa incitament för aktivitet men inbjuder också till välkända försök att selektera patienter, att manipulera diagnoskodning etc. Bidrar till kostnadskontroll enbart om metoden kopplas till en budget.

Dessa "renodlade" metoder kombineras ofta i praktiken – och en viktig del av utvecklingen av ersättningssystem sker genom att kombinera metoder baserat på lärdomar om deras svaga och starka sidor. Avgörande är ju i vilken grad ersättningssystemet bidrar till sjukvårdssystemets samlade mål.

### *Harmonisering – men det går långsamt*

Utformningen av sjukvårdssystemen i Europa växlar påtagligt men EU-mekanismerna påverkar, som nämnts tidigare, i riktning av harmonisering och större likhet – även om detta går långsamt. Man brukar ofta skilja mellan de länder som huvudsakligen har en skattefinansiering ( de s.k. Beveridgeländerna) med Storbritannien och Irland som prototyper, liksom de nordiska och i viss mån de sydeuropeiska. De mellaneuropeiska länderna, exempelvis Tyskland, Österrike, Holland, Belgien (Bismarckmodellen) har olika former av obligatorisk sjukförsäkring som ger alla medborgare tillgång till vården. Sjukförsäkringskassor

– mer eller mindre enhetliga över landet kontrakterar vårdgivarna. I många länder finns en större mångfald av vårdgivare än i Sverige – offentligt ägda, lokalt baserade religiösa eller ideella så kallade voluntary hospitals (not for profit) samt en tredje framväxande sektor av vinstdrivande vårdföretag (for profit).

För en mera detaljerad beskrivning av sjukvårdssystem hänvisas främst till European Observatory och Richard Saltmans presentation vid seminariet den 15 juni. En mera detaljerad beskrivning ges här av sjukvårds- och ersättningsystem i några särskilt intressanta länder.

## USA

### Sjukvårdssystemet

Förhållandena i USA får relativt stort utrymme då landet utan tvekan utgör det viktigaste "utvecklingslaboratoriet" inom området ersättningsystem med en stark påverkan av trenderna också i Europa.

Varje försök att karakterisera "sjukvårdssystemet" i USA slutar i att det är ett "icke system" där förhållandena skiftar över kontinenten och en rastlös förändring kanske är det mest typiska. Storleken, mångfalden och experimentlustan betyder emellertid att USA inom sjukvårdsområdet hela tiden erbjuder intressanta experiment som man kan lära av. En förutsättning vid tolkning och "översättning" till europeiska och nordiska förhållanden är att relatera till skillnader i värdemässig grund och social kontext när man ser till hela sjukvårdssystemet.

### Privat – men också 50 procent offentlig sjukvård

Välkänt är att USA saknar en mekanism som samtliga europeiska länder har, nämligen att säkerställa att alla medborgare omfattas av sjukvårdsfinansieringen och har tillträde till vården, i Europa oftast via en lagstiftning. I USA är vårdfinansieringen uppbyggd med en privat försäkring som oftast (men inte alltid) följer med anställningen för de yrkesverksamma. En stor del (ca 50 procent) av vårdfinansieringen är trots detta offentlig och skattefinansierad via det enhetliga federala Medicaresystemet för de som fyllt 65 år, via federala/delstatliga Medicaid för de fattiga eller Veterans Administration, ett helintegrerat sjukvårdssystem för alla som deltagit i krigstjänst. Den privata sjukförsäkringsindustrin är en viktig aktör på den federala nivån liksom Medicaresystemet i kraft av att svara för ca 40 procent av vårdfinansieringen enligt en modell som är tämligen enhetlig i alla delstaterna och för alla vårdgivare. De privata företagen som står för en växande del av sjukvårdsfinansieringen engagerar sig i ökande grad i att påverka sjukvårdspolicy. Läkarkårens ställning är stark, relativt få läkare är anställda inom vårdgivarorganisationer, även om detta ökar. Det vanligaste är att läkare arbetar individuellt eller i en löst sammanfogad grupp och ersätts enligt

prestation, fee-for-service. Läkarna arbetar med mottagning utanför sjukhus och vårdar ofta samma patienter på sjukhus. Vårdgivarna kategoriseras grovt enligt for-profit och not-for-profit, beroende på ägarskap och var deras kapital kommer från. En förändring och ombildning av såväl finansieringsstruktur som vårdgivarstruktur pågår kontinuerligt.

## Kostnaderna är ett grundproblem

Grundläggande problem i USA-sjukvården är:

- Kostnaderna där man nu är uppe över 16 procent av BNP. Ökningstakten har länge varit mer än 2 procent högre än BNP-tillväxten. Prognosen med nuvarande ökningstakt är vårdkostnader 2018 på 20 procent av BNP.
- Ingen mekanism som ger alla medborgare tillgång till vården – 48 miljoner människor saknar försäkringsskydd eller annan säker finansiering, dock täcks till exempel viss akutvård
- Stora kvalitetsbrister i vården, påtagligt stora överutnyttjanden och underutnyttjanden av vård
- Ett uppstyckat sjukvårdssystem där man till exempel ersätter sjukhus och läkare separat i förhållande till varandra liksom olika ersättning till delarna av starkt uppsplittrade vårdkedjor

En påtaglig kritisk diskussion och öppet erkännande av väsentliga brister är vanlig även bland högt ansvariga företrädare för USA-sjukvården. Detta inspirerar till en förändringsagenda. Det finns också ett antal exempel på innovativ utveckling inom de organisationer som kombinerar vårdfinansiering och vårdgivande, tidigare kallade Health Maintenance Organizations (HMO), oftast nu Integrated systems).

## Två innovativa exempel

Som exempel redovisades vid projektets seminarium i juni bilden från Intermountain Healthcare i Utah av dess utvecklingschef Greg Poulsen. Intermountain ersätter sjukhusen i sitt "system" för hela vårdepisoder inklusive uppföljningar eller behandling av komplikationer. Läkarna ersätts enligt ett "balanserat incitamentsystem" där hela gruppens intäkter och kostnader ingår i en pott. Man utvecklar inom gruppen ett "övervakningstryck" där individuella läkares behandlingskosten och resultat i form av olika kvalitetsparametrar för olika patientgrupper ingår. Läkarsättningen utgår som grundlön och en prestationsrelaterad ersättning.

En annan välkänd organisation av denna typ är Kaisersystemet i Kalifornien som arbetar med liknande modeller och läkare som är anställda. Man styr läkarnas beteende via relativt enkla återkopplingar av kvalitet och uppgifter om resursåtgång. Det finns alltså exempel på en rad innovativa vårdorganisationer över hela landet, oftast småskaliga. Vad som kan innebära lärande för Europa

och Norden är att man i USA ofta kopplar samman finansieringsmetoder och vårdorganisation på ett annorlunda och friare sätt än vi gör i våra mer traditionsbundna system. Forskning, uppföljning och policyanalyser är också viktiga inslag, såväl via den reguljära universitetsforskningen som inom speciella institut och "think tanks".

## Viktiga myndigheter och aktörer

I bilaga 1 finns en beskrivning av några nationella myndigheter och aktörer i USA-sjukvården med kontaktuppgifter. Följande är de viktigaste: Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) sköter administrationen av dessa offentligfinansierade system. Medicare Payment Advisory Commission (Medpac) är kongressens expertorgan för medicaresystemet. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) är det federala utvecklingsorganet för hälso- och sjukvård. Institute of Medicine (IOM) är ett oberoende vetenskapsråd inom National Academy of Sciences.

## Reformering av medicaresystemet

Det är intressant att ta del av diskussionen kring Medicaresystemets reformering – som tycks vara en av nycklarna till en kommande sjukvårdsreform i USA. Den drivs mot bakgrund av scenarier över kostnadsutvecklingen. Detta gäller såväl medicaresystemet som hela USA-sjukvården. Intressant är också att säkerhet, kvalitet och effektivitetsfrågor är dominerande som nycklar till att få kostnaderna under kontroll men också för att genomföra en rättvisare fördelning av vårdresurserna. Utgångspunkten är att en rättvisare och också effektivare hälso- och sjukvård borde kunna gå hand i hand med en lägre kostnad. I bakgrunden ligger ett antal genomarbetade rapporter från Institute of Medicine i en serie som benämns "Pathways to Quality Health Care". Serien startade med den numera välkända rapporten "Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century" (IOM 2001). De sex kvalitetsdimensioner som där drogs upp för ett reformerat hälso- och sjukvårdssystem har bland annat inspirerat Socialstyrelsens beskrivning av de svenska riktlinjerna för "god vård". De två senaste rapporterna "Performance Measurement: Accelerating Improvement" (IOM, 2005) och "Medicare's Quality Improvement Organization Program" (IOM, 2006) förtjänar lika stor uppmärksamhet och analyserar situationen i sjukvårdssystemet när det gäller användningen av kvalitetsmätt och de tekniker och metoder man redan känner till för att kunna bedriva säker och effektiv vård. USA:s mest välkända experter inom området har medverkat i arbetsgrupperna. Slutsatsen är att det finns ett påfallande stort avstånd mellan etablerad kunskap och det sätt vårderna bedrivs på. Den dyra, delvis riskfyllda vården kan göras både säkrare, effektivare och billigare om man på allvar börjar tillämpa etablerad kunskap kring organisation, säkerhet, kvalitetsmätning. Det sjukvårdspolitiska problemet framstår i själva verket till stor del som en organisations- och implementeringsfråga. De två nämnda rapporterna handlar mycket konkret om detta.



## Organisation och samverkan i fokus

Medpac diskuterar stödd på dessa rapporter – men också något pressat av obekväma bevis på ett dyrt och ineffektivt ersättningssystem – en reformagenda som kan sammanfattas som en önskan att röra sig mot att ersätta större helheter och bort från den påtagliga uppstyckningen i ersättning för enskilda prestationer. Man talar om **bundling of services** alltså att ”bunta ihop” enskilda läkarersättningar till helheter och också koppla samman sjukhusersättning och läkarersättning som nu är två separata delsystem, liksom att fånga in och **ersätta längre vårdepisoder**. Begreppet **medical home** och **care coordinators** står närmast för den europeiska primärvårdsidén om en instans i vårdsystemet som koordinerar specialistinsatser och hela vårdkedjor. Samlat ansvar för resursåtgång och medicinska resultat (**accountable care organizations**) är också ett nyckelbegrepp. Det tidigare teknologi- och metodvärderingsbegreppet tycks röra sig mot något man kallar **comparative effectiveness**, alltså att på bred front göra jämförelser av vårdmetodernas nytta och effektivitet inbegripet sättet att organisera vården.

## Pay for performance – ersättning för kvalitet

Den dominerande och mest konkreta utvecklingslinjen inom Medicaresystemet när det gäller ersättning är utan tvekan olika experiment under rubriken **pay for performance**. De står för tanken att förutom en reformering av ersättningen i riktning mot hela vårdepisoder också koppla ersättningen incitamentsmässigt till erkända mått på kvalitet, mätning av dessa och en ”belöning” ekonomiskt för uppnådda vårdresultat. En god sammanfattning av den idémässiga och pragmatiska inriktningen kan vara följande citat från en av de ledande forskarna som utvärderat ”pay for performance”:

*”Perhaps it is a good thing to use payment arrangements to enforce quality competition, since the market has been unable to do so” (Meredith Rosenthal, 2004)*

Trots långvariga satsningar på att både genomföra aktiva jämförelser mellan vårdenheter och att öppet redovisa resultat och kvalitet kan man inte påvisa nämnvärda effekter av detta. Intresset att förstärka den öppna redovisningen med hjälp av ekonomiska drivkrafter kommer bland annat ur detta. I sin översikt beskriver Rosentahl att det 2004 fanns 37 större ”payment for quality” program i USA som täckte mer än 20 miljoner patienter. Programmen växlar i struktur och uppläggning, men har också betydande likheter. De flesta använder en blandning av process- och strukturmått (indikatorer) och en mindre tonvikt på patientupplevd kvalitet. Nästan alla premierar mätbara prestations- och beteendeförändringar och inte uppnådda resultat. En tendens över tiden sedan denna ”rörelse” startade omkring 1995 är att utveckla belöningar baserade på mätningar av ett relativt stort antal indikatorer. De flesta program använder 5

procent eller mindre av den totala ersättningen för att premiera kvalitet. Denna utveckling bedöms fortsätta. Kontinuerlig analys liksom större utvärderingar är viktiga (några sådana finns nu). Avgörande, enligt Rosenthal, är att öka kunskapen kring lämplig teknik och metod i kvalitetsmätningarna och att skapa ökad förståelse av hur de ekonomiska incitamenten fungerar för att påverka såväl vårdstruktur som vårdgivarnas beteende.

## Pay for performance

### – 260 sjukhus och 5 kliniska områden inom Medicare

Det mest omfattande projektet av denna art drivs gemensamt av Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) och sjukhuskedjan Premier Health (not-for-profit). Det startade i oktober 2003 inom 260 sjukhus och har successivt utvecklats och expanderat. Rapporter finns tillgängliga från CMS med en detaljerad metod- och resultatbeskrivning. (CMS och Premier Health april 2006, maj 2007)

De 260 Premier Health sjukhusen förefaller vara representativa för USA-sjukvården. I programmet mäts kvalitet inom fem kliniska områden – akut hjärtinfarkt, koronar-by-pass kirurgi, hjärtsvikt, pneumoni samt höft- och knäplastik. Antalet kvalitetsmått växlar mellan 4 och 9 inom de olika målområdena. Det omfattar såväl **processmått** (till exempel insatt medicinering med aspirin eller betablockerare, igångsatt rökavvänjning) som **resultatmått** (mortalitet under behandlingen och överlevnad). En avancerad utveckling av såväl mätteknik som kopplingen till ersättning har skett under processen. Man har bland annat utvecklat aggregerade sjukhusövergripande kvalitetsmått inom de olika kliniska områdena (composite quality measures).

De finansiella incitamenten innebär 2 procent bonus av den samlade DRG-ersättningen inom varje kliniskt område till de 10 procent bäst presterande sjukhusen. De närmast kommande 10 procenten får 1 procent bonus. Totalt fick 115 av de 260 deltagande sjukhusen del av den extra ersättningen det första året. Premier Health och CMS redovisar resultaten efter det andra året som cirka 6 procents kvalitetsförbättring enligt den använda tekniken för vart och ett av åren (totalt 11,8 procent) Man hävdar att 1 284 liv räddats hos hjärtinfarktpatienter.

### Pay for performance uppvisar bättre resultat

I maj 2007 redovisades en studie i New England Journal of Medicine som jämför Premier Healthprogrammet inom dessa sjukhus med en mera konventionell metod att enbart rapportera och publicera kvalitetsdata. (Lindenaure 2007). Det är den första större helt oberoende studien av ett pay for performanceprogram som också innehåller en kontrollgrupp av 406 andra sjukhus. Jämförelsen visar att pay for performance sjukhusen uppvisade större kvalitetsförbättring inom alla uppmätta områden än kontrollerna. Den visar dessutom att de sjukhus som hade de 20 procent sämsta kvalitetsresultaten i utgångsläget förbättrade sina resultat med 16 procent medan de 20 procent bästa i utgångsläget endast för-

bättrade med 2 procent. Författarna konkluderar att efter korrigeringar för olika utgångsläge och sjukhuskaraktistika bedöms pay for performance var kopplat till kvalitetsförbättringar på mellan 2,6 och 4,1 procent under en tvåårsperiod.

Det finns alltså utvärderingar som belyser frågan om ekonomiska incitament och kopplingar till kvalitet på ett intressant sätt, liksom en livlig diskussion (Wilensky 2007). Kopplingen tycks katalysera kvalitetsförbättringsarbete inom sjukhusen. Frågor ställs dock om de relativt marginella extra ersättningarna kommer att vara verksamma över tiden. Kan metodiken leda till att de välpresterande och resursrika sjukhusen belönas och de som behöver resurser för att höja sin kvalitet bestraffas, skapar man onda cirklar? Skall man konstruera bonusen så den premierar absoluta kvalitetsförbättringar, alltså till dem som når över vissa bedömda "trösklar" och inte till relativa förbättringar? Detta är några frågor som belyser läget i den pågående diskussionen. Det förefaller också som om utvecklingen av kvalitetsmått och användningen av dem i praktiken tar ett steg framåt i denna typ av experiment.

## **Andra pay for performance experiment – delstaterna Maine och Pennsylvania**

Två delstater har rapporterat pay for performanceprogram med en uppläggning som söker närma tekniken mera till ett befolkningsperspektiv än till enbart patienter vid ett sjukhus. I delstaten Maine har en finansiär/beställarorganisation Maine Health Management Coalition som täcker 45 000 patienter med privat sjukförsäkring tillsammans med vårdgivarna utvecklat en kvalitetsbelöning som utgår från 22 mått (indikatorer) för kvalitet (därav patienttillfredsställelse 14 procent vikt, säkerhet 30 procent, kliniska resultat 38 procent, effektivitet 18 procent). En lång diskussion och utvecklingsprocess har pågått kring hur belöningarna skall utformas – alltså integrerat i en form av "beställar-utförardialog". Man har kommit överens om en "basnivå" av kvalitet som sjukhusen skall nå för att bonus skall utgå – en distinktion mellan "acceptable" och "superior" performance. Sex av 10 sjukhus kvalificerade sig för den högre nivån (Nalli 2007).

Delstaten Pennsylvania/Pittsburgh Regional Health Initiative har rönt uppmärksamhet som en föregångare i att söka skapa ett heltäckande finansieringssystem för alla medborgare. En av initiativtagarna, Mark Miller, har nyligen i ett intressant strategidokument redovisat en kritisk granskning av pay for performanceprojektens hittillsvarande metodik (Miller 2007). Han vill koppla incitamenten starkare till etablerade vårdprogram och riktlinjer, han förespråkar mångfald av olika typer av experiment och en regional sammanhållning av dessa. Hans rapport utgör en manual för arbete med dessa frågor som bör kunna ha intresse för utvecklingsarbete i Sverige. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) har också publicerat flera användarvänliga och praktiskt inriktade kunskapssammanställningar inom detta område, se litteraturlistan.

## Kanada

### Sjukvårdssystemet

Kanada utgör ett intressant och viktigt referensland ur svenskt perspektiv. Den stora landmassan med en ojämnt fördelad befolkning (totalt 25 miljoner) med några stora storstadskoncentrationer (Toronto, Montreal, Vancouver) ger vissa likheter. Kanada är kulturellt influerat av USA men hälso- och sjukvården och övriga sociala system är ändå starkare influerade av den europeiska tanken om en samhällelig helhet som är överordnad individens frihet. Nordiska betraktare känner igen solidaritets- och rättvisetankarnas tillämpning i sjukvården. Sjukvårdssystemets principer styrs av den federala Canada Health Act som definierar en rätt för varje medborgare till "nödvändig sjukvård". Gränslinjen mellan vad den skattefinansierade sjukförsäkringen tillhandahåller och vad som ligger utanför är tydlig. Provinserna organiserar med stor självständighet sjukvården inom dessa ramar med en mix av federala och delstatliga medel. Det finns en betydande nivå av politiskt valda företrädare i vårdssystemet. Vårdorganisationen har stora likheter med den svenska med ett viktigt undantag – nästan alla läkare är egenanställda, arbetar i egna mottagningar i öppen vård och på sjukhus, på motsvarande sätt som är vanligast i USA. Läkarna måste välja att antingen arbeta enligt en taxa i det offentligt finansierade systemet eller också helt utanför. De allra flesta arbetar i systemet. Detta är en av förklaringarna till att det finns mycket få sjukhus som har privata ägare i Kanada. Tandvård, sjukgymnastik, läkemedel ligger dock i stort sett helt utanför den offentliga finansieringen.

### Ersättningsystem

Diskussionen kring ersättningsystem i Kanada präglas till stor del av läkarnas position och anställningsvillkor. De är egenanställda yrkesutövare med en stark autonomi men skall samtidigt fungera i ett avancerat teamwork inom en komplex integrerad vårdorganisation. Flertalet yrkesgrupper i vården är fast anställda med lön. Bristen på arbetskraft är ett generellt problem i många delstater, till exempel Alberta med en mycket stark och expansiv ekonomisk utveckling. Sjukhusens finansiering har i övrigt stora likheter med den svenska modellen – en budgetfördelning av resurser och DRG-baserad resursmätning. Vårdorganisationerna arbetar på ett avancerat sätt med utveckling av vårdprocesstänkande, horisontell och vertikal integration av vårdssystemet. Intresset för kunskapsunderbyggnad för styrning och utveckling av vården är påtagligt, hälsorforskningen har starka traditioner i Kanada. Ett särskilt fokus ligger kring att tackla köer och tillgänglighet. Kanada har av tradition längre köer till specialistvården än i Sverige.

## Flaskhalsar och personalbrist ger köer

Läkarnas ersättningsform borde kunna underlätta vissa delar av integration mellan öppen och slutenvård. Det dominerande intrycket är dock att de vårdansvariga vill söka förändra det styckeprisdefinierade ersättningssystemet för läkarna (gäller alla specialiteter även till exempel, på en akutmottagning) till förmån för modeller som mera harmonierar med att planera och beskriva helheter i vårdkedjor och vårdförlopp. Analys av kö-problemet visar att man inte får ut en teoretisk incitamentseffekt av ersättningssystemet 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 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 är att läkarna fortsatt skall vara egenanställda men de skall ingå avtal med sjukvårdshuvudmannen som definierar ersättningen enligt något alternativ:

- Kontrakt för en viss volym patientarbete under bestämd tidsperiod med en fast ersättning
- Kontrakt som innehåller tidsmått (sessions) med en viss ersättningsnivå
- Kapiteringsmodeller – en bestämd ersättning för en definierad patientgrupp per år, avser framförallt allmänläkarna som utgör 50 procent av läkarkåren.

Utvecklingsarbete och förhandlingar pågår. För universitetskliniker är förhållandena speciella och röster är starka för en utveckling mot närmast en fast ersättning motsvarande lön för patientarbete, undervisning, forskning. 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.

## Storbritannien (UK)

### Sjukvårdssystemet

Struktur och tradition i det engelska sjukvårdssystemet gör att vi lättare kan "översätta" experiment och erfarenheter från det landet. Traditionellt har också "bevakningen" av reformer och händelser i den engelska sjukvården varit starkare än från USA, även om den pågående globaliseringen nu öppnar för ett större flöde av impulser från hela världen. Under perioden från 1989 och framåt då UK genomförde den "interna marknaden" som en slags "tredje väg" mellan planering och marknad i sjukvårdsstyrningen har Sverige inspirerats av UK-reformerna. Beställar-utförarmodellerna som utvecklades i Sverige under perioden 1990 och framåt inspirerades tydligt från UK. Bägge länderna har därefter

experimenterat och omformulerat styrningsmodellerna, men i grunden behållit en modell där finansiering och fastställande av ”uppdrag/beställningar” överförs via ett ”avtal” till utförarna/producenterna av vården. Utförare och beställare är åtskilda funktioner. Mer eller mindre utvecklade ersättningsmodeller är en komponent i dessa avtal. En viktig likhet är att bägge länderna har en tradition av att mäta kvalitet i vården och samla kvalitetsdata, liksom att pröva olika metoder att använda sådan monitorering och återkoppling i den samlade styrningen. Budgettraditionen och en ursprunglig modell med kostnadsfördelning till distrikt, sjukhus, kliniker och avdelningar är likartad. Ytterligare likheter på policyområdet utgör de senaste årens starka satsning på att söka förändra kö-systemet inom sjukvården. Bägge länderna har skattefinansierade sjukvårdssystem som täcker hela befolkningen. Tonvikten på rättvisa/equity i hälsa, vårdresultat och tillgång till vårdresurser utgör också en grundläggande värdering som bygger under sjukvårdspolitiken.

## NHS – ett centralstyrt system

Den viktigaste skillnaden är att det engelska sjukvårdssystemet utgör en enda organisation National Health Service (NHS) som är ett centralstyrt system från Department of Health och NHS Executive Office. I princip är NHS tjänstemannastyrt under denna politiska nivå i toppen. Organisationen som förändrats i ett antal omgångar sedan 1989 har en relativt enhetlig struktur i England. Däremot har Scotland fått utveckla en stor självständighet (devolution) liksom i viss mån Wales. Basen är regioner och mer eller mindre självständiga ”Trust” som vårdgivare. Ett markant ökat inslag av privata vårdgivare på entreprenad (ofta for-profit företag) har tillkommit under de senaste åren liksom en satsning på att söka åstadkomma mångfald genom ett stöd till en oberoende icke vinstdrivande vårdsektor.

Primary Care Trusts (PTC) förfogar över hela budgeten och är beställare av sjukvård (commissioners). Deras roll är att sluta avtal med olika utförare, att integrera medicinska resultat, ekonomi och kvalitet för patienterna och befolkningen.

Allmänläkarna, GPs, är egenanställda med ett särskilt ersättningsystem. Sjukhusspecialisterna (consultants) är anställda med fast lön, men med rätt att arbeta privat en till två halvdagar per vecka.

Två viktiga reformer med tonvikt på ersättningsystemet har introducerats i UK under de senaste åren, dels inom allmänläkarvården (The New GP Contract), dels inom sjukhusvården, (Payment by results, PBR). Bägge reformerna är inspirerade av den idémässiga utveckling som redovisats utförligt från USA kring pay for performance. Man vill koppla ekonomisk ersättning till kvalitet och resultat, man vill använda incitament för att utveckla och vitalisera vården. Förändringarna i UK har utformats också mot bakgrund av lärdomar från olika europeiska länder.

## The new GP contract

### – kvalitetsincitament för allmänläkarvården

De engelska GPs har en traditionellt stark roll i sjukvårdssystemet (40 procent av läkarkåren). De är egenställda yrkesutövare, dock starkt kontrollerade via ett nationellt regelverk (the "red book"). Befolkningen listar sig hos sin allmänläkare – kontinuitet och tillgänglighet är honnörsord – och i princip startar varje vårdepisod hos allmänläkaren. Traditionellt har GPs av sin totalintäkt varit ersatta med ca 30 procent "lön", ca 40 procent kapitering (i huvudsak relaterad till antalet listade patienter med en viktad åldersfaktor), 15 procent ersättning till mottagningen för kapitalkostnader och IT samt slutligen 15 procent som en rörlig prestationsersättning för olika typer av riktade aktiviteter, exempelvis screening, vaccination (växlande över tiden och aktuella folkhälsobehov). Det är denna tradition som vidareutvecklats i det nya incitamentsprogrammet. En annan viktig bakgrund för att förstå det snabba och av allmänläkarna positivt accepterade nya systemet är att många GPs under perioden 1991 – 1998 deltog i "GP fundholding" experiment som innebar att de som beställare förfogade över en betydande del av sjukhusvårdens resurser. Man kunde i dessa försök påvisa minskade väntetider och reduktion av onödigt vårdutnyttjande. I Kent prövades som en förstudie under åren 1998 – 2000 ett incitamentsbaserat kvalitetsutvecklingsprogram för kroniska sjukdomstillstånd (Smith 2004).

### Kvalitetsmätning inom 146 områden

Det nya heltäckande ersättningssystemet introducerades 2004 och bygger på en detaljerad poängmätning av "performance" (kvalitet) inom 146 olika indikatorområden. Sammantaget kan 1050 kvalitetspoäng uppnås och de fördelar sig inom sju områden av mottagningens verksamhet – hälften berör den kliniska verksamheten direkt, övriga rör praktikens organisation och patientens upplevelse av vården, tillgänglighet etc. De kliniska indikatorerna omfattar såväl **struktur** (dokumentation och journal) som **process** (diagnos och initial behandling) och **resultat** (pågående behandling). I poängberäkningen finns en miniminivå och maximinivå av resultat för att tillgodoräkna poäng.

Incitamentssystemet enligt denna poängmodell bygger vidare på den tradition av incitamentsersättning som GPs haft. Nu kan upp till 20 procent av mottagningens intäkter genereras via detta system. Det bygger på självrapportering från allmänläkarna – men med en utomstående audit (medicinsk och ekonomisk revision).

Vid det internationella seminariet den 15 juni beskrev Peter Smith systemet och gav en bedömning av erfarenheterna så här långt. Inga egentliga evalueringar finns tillgängliga, de är också svåra att utföra då systemet genomförs på alla mottagningar.

Konstruktionen är ambitiös och söker fånga och bedöma allmänläkarvården i sin helhet. Systemet ter sig dock komplext i sin utformning och kräver en mängd administrativt arbete. Att det bygger på självrapportering uppfattas som ett problem. Sedvanliga risker för "manipulering" och "taktik" finns. En viktig omständighet för bedömning av reformen är att NHS parallellt med detta

program beslutade om en resursökning till allmänläkarvården under tre år på drygt 30 procent. Resultatet så här långt har inneburit en betydande inkomstökning för allmänläkarna. 80 procent av mottagningarna uppges nå de maximala poängnivåerna och maximal bonus. Diskussionen är livlig om trösklar satts för lågt och om poängsystemet felkonstruerats.

Experimentet har dock en stark forskningsuppbackning – såväl i själva konstruktionen av modellen som i försök att utvärdera det – vilket gör att resultat och effekter kan följas noga.

## Payment by results (PBR)

### – nationellt enhetlig ersättning i sjukhusvården

En ny ersättningsmodell för sjukhusvården introducerades även 2004. Det övergripande syftet är att introducera incitament för att utveckla vårdens struktur och effektivitet och att förbättra "performance". Ett viktigt mål är att stimulera sådana funktioner i vårdorganisationen som leder till kortare köer och bättre tillgänglighet. Patienternas valfrihet skall öka och också påverka resursflödena mellan vårdgivare ("money will follow the patient"). Nyckeln i reformen är att man successivt under tre år inför en nationellt beslutad prislista för slutenvårdstjänsterna. Denna bygger på en engelsk variant av DRG – Health Resource Groups, HRG.

Primary Care Trusts (PTC) är alltjämt beställare med budgetansvar. Beställarna är fria att sluta avtal med antingen enheter inom NHS, med den privata sektorn eller med "third parties", den oberoende/ideella eller non-profit sektorn som man nu söker stimulera för att erbjuda flera vårdgivaralternativ. Denna sektor kan delvis ses som en reaktion på att den vinstdrivande vårdsektorn aktivt under ett antal år bjudits in för att starta bland annat elektiva kliniker för standardkirurgi i "kampen mot köerna". Beställarna kunde tidigare sluta avtal baserat på priskonkurrens och beställningarna utgjorde ofta ganska enkla volymkontrakt.

### Målet: Kvalitetskonkurrens

Målsättningen med den standardiserade ekonomiska ersättningen är att utveckla en "kvalitetskonkurrens" där beställarna väljer bland de vårdutbud som är mest innovativa när det gäller medicinska resultat, kvalitet, service och tillgänglighet. Som grund ligger den utveckling av mera standardiserade "treatment protocols", behandlingsriktlinjer för stora sjukdomsgrupper och viktiga vårdområden. UK har satsat påtagligt under de senaste åren på att föra samman teknologivärdering och andra utvärderingsaktiviteter till konkreta riktlinjer bland annat genom National Institute for Clinical Excellence (NICE). Nationella kraftsamlingar har också skett på organisationsområdet som i National Institute for Innovation and Improvement. Man har länge diskuterat implementeringsfrågorna som den "felande länken" och nu tycks man idémässigt vilja koppla samman riktlinjerna med en reform av finansieringen.



Förutom en tonvikt på uppnående av ”best practice” innehåller beskrivningarna av reformen en önskan att släppa loss krafter som förändrar och vitaliserar vårdorganisationen – speciellt inom vårdkedjorna för de stora kroniska sjukdomsgrupperna. Den ökade mångfalden av vårdgivare skall bidra till detta.

## **Förändringen sinkas av komplicerade ersättningar**

Utveckling och genomförande av det ambitiösa förändringsprogrammet, som från början var avsett att kunna ske på tre år har blivit fördröjt – inte minst beroende på komplexiteten i att räkna fram de nya nationella ersättningarna som skall bygga på ett nationellt genomsnitt av kostnader med en viss utjämnande faktor för olika orters kostnadsläge. Man har startat och infört gemensamma ersättningar för det elektiva behandlingsområdet, 2008/2009 skall systemet vara helt genomfört. Ett antal aktivitetsområden kommer tills vidare att ligga utanför detta ersättningssystem som till exempel psykiatri, dialys, barnhälsovård med flera områden.

Liksom vad gäller ersättningsreformen i primärvården är detta en storskalig förändring som knappast kan utvärderas i jämförande studier. Det aktiva brittiska hälso- och sjukvårdsforskningssamhället kommer emellertid att följa och värdera utvecklingen. Centre for Health Economics i York (se litteraturlistan) är en god referenspunkt.

## **Nederländerna**

### **Sjukvårdssystemet**

#### **– konkurrens mellan finansiärer och vårdgivare**

Det holländska sjukvårdssystemet kan beskrivas som en del i en uttalad välfärdsmodell med solidarisk finansiering och vård på lika villkor för alla invånare. Traditionellt har man haft olika försäkringsfinansieringar uppbyggda för olika delar av vårdutbudet – akut vård, kronisk långtidssjukvård samt en frivillig kompletterande försäkring. Vårdgivarna utgör en stor mångfald där den vanligaste formen baseras på the ”voluntary hospital”, en traditionellt religiöst eller ideellt baserad och ofta lokalt förankrad vårdgivare. I viss mån har andra aktörer nu kommit in i den holländska vården. Konkurrens – i reglerade former

Holland är det land som för närvarande genomför det mest utvecklade experimentet i Europa att använda konkurrens som ett medel att söka utveckla vårdens kvalitet och prestationer. Regeringen driver ett reformprogram som syftar till konkurrens i två led – dels mellan olika försäkringsgivare, dels mellan vårdgivare. Konkurrensen är dock reglerad och styrd, inte minst av ett antal

övervakande oberoende nationella organisationer. Medvetenheten är hög inte minst utifrån erfarenheterna i USA om marknadskonkurrensens problem inom hälso- och sjukvård. De holländska experimenten tycks bygga in och ta hänsyn till en i forskarkretsar tämligen etablerade kunskapsmassa kring dessa frågor.

Från januari 2006 har man sammanfört de tidigare separata sjukförsäkringarna till ett gemensamt system som obligatoriskt täcker hela befolkningen. Fortfarande arbetar olika försäkringsgivare inom ramen för detta gemensamma system och konkurrerar om medborgarnas anslutning. Från den 1 januari 2006 väljer medborgarna (eller måste välja om) försäkringsgivare. Ca 25 procent valde att byta försäkringsgivare under de första två månaderna. Baserat på bl.a. den tidigare holländska prioriteringsutredningen är ett "nationellt åtagande" preciserat, vad som måste ingå i försäkringen. Det har skett en konsolidering från ett 40-tal olika försäkringsgivare till i dag endast 4. Försäkringsgivarna sluter avtal med de olika vårdgivarna – och även i detta led är alltså avsikten att en konkurrens skall bidra till en utveckling av vårdens innehåll, kvalitet och tillgänglighet. Patientens fria val och påverkan av vårdens innehåll och utförande åsätts stor vikt i reformerna. Liksom i UK bygger reformerna på en lång tradition kring kvalitetsmätning, teknologivärdering och vårdprogram. Forskning och kunskapsutveckling kring hälso- och sjukvårdens organisation och system är väl utvecklad i Holland.

## Ersättningsystem

Som en del i de omfattande systemförändringarna utvecklas också i Holland ett nytt ersättningsystem 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 hela sjukdomsförlopp med ett maximum på 1 år. För närvarande finns det 29 000 DBCs (jämfört med 600 – 900 olika DRG). Man söker reducera antalet. Ersättningen i DBC-systemet baseras på en nationell lista med fixerade priser som innehåller en sjukhusersättning och en läkarersättning. Sjukhusersättningen baseras på omfattande kostnadsanalyser och beslutas av en offentlig organisation som arbetar på regeringens uppdrag. Läkarersättningen baseras i första hand på tidsstudier.

Det finns också en kompletterande grupp ersättningar som är förhandlingsbara mellan försäkringsgivare och vårdgivare.

Holland har alltså valt en annan väg när det gäller beskrivningen av vårdinsatser och resurser än flertalet europeiska länder vilka arbetar med DRG. Angreppssättet bygger uppenbarligen på att "krypa närmare" det medicinskt funktionella och att söka länka samman hela vårdförlopp, öppen och slutet vård.

## Farhågor för höga administrativa kostnader

Debatten i Holland kretsar bland annat kring riskerna för alltför stora administrativa kostnader förbundna med registrering och förhandlingar ("transaction costs"). Kvalitet och vårdresultat har fokuserats i de samlade reformerna men några säkra erfarenheter finns ännu inte.

## Tyskland

Tyskland har en vårdfinansiering via försäkringskassor som tidigare var yrkesrelaterade men nu är allmänna. Vårdgivarstrukturen innehåller en blandning av offentliga, privata och "voluntary" hospitals. Tyskland hade fram till år 2000 ett ersättningssystem som i princip byggde på ersättning för enskilda prestationer. I takt med ökande kostnadsproblem prövade man under en tid en modell att bestämma den exakta ersättningen vid årets slut baserat på hur stor "produktionen" var. I princip dividerades den tillgängliga resursen med antalet behandlingar. Denna speciella "incitamentsmodell" tilldrog sig initialt stort intresse men blev på olika sätt alltmera problemfylld för att kunna bidra till kostnadskontroll och meningsfull resursfördelning.

År 2000 beslöts om övergång till DRG-baserad ersättning: Man har bestämt sig för en tysk version som bygger på den australiensiska DRG-utvecklingen och utvecklingsarbete pågår. En enhetlig nationell DRG-ersättning planeras från 2008.

## Norge

### Aktivitetsbaserad finansiering

Det norska sjukvårdssystemet har i grunden stora likheter med det svenska. Nationella regelverk och principer styr en vård med tonvikt på rättvisa, solidaritet, tillgänglighet. Fylkena har traditionellt haft ansvaret för sjukhusvården – men finansieringen har alltid haft ett större nationellt inslag än i Sverige. Balansen mellan centralmakt i Oslo och lokala centra med universitetssjukhus i Bergen, Trondheim och Tromsø är kontinuerligt en fråga liksom finansieringsmodellerna budget eller ersättning per vårdtillfälle.

### Fyra regionala "helseforetak"

År 2002 genomfördes ett förstatligande av sjukhussektorn med bildande av fem regionala helseforetak (nu sammanslagna till fyra). Dessa "offentliga" företag styrs ägarmässigt av helsedepartementet och har styrelser med bl.a. samhällsföreträdare.

Vid samma tid genomfördes en primärvårdsreform av engelsk och dansk typ. Allmänläkarna rekryterar patienter till en "lista" och ersätts med en traditionell kapitering som innehåller fast och rörlig ersättning. Utvärderingar visar att täckningen av allmänläkare har ökat (vakanserna fyllda), kostnaderna har ökat, allmänheten är relativt nöjd. En oro finns kring täckningen av vårdbehov för vissa "multisjuka grupper" med vårdbehov från olika vårdgivare och också samspelet med den sociala sektorn.

År 1997 påbörjades försöket med s.k. styckepreisfinansiering – en aktivitetsbaserad finansiering styrd från de centrala hälsomyndigheterna gentemot fylkena och nu helseforetaken. Denna baseras på DRG. Utgångspunkten var de långa väntelistorna – den nya finansieringen skulle ge en ökad aktivitet och ökad effektivitet till skillnad mot enbart en budgetstyrning. Utgångspunkten var också att ekonomiska incitament enligt erfarenhet är verksamma på "marginalen". Endast 30 procent av finansieringen gavs därför ursprungligen via detta system.

Andelen aktivitetsfinansiering har dock under åren växlat och som mest gått upp till 60 procent, den är nu åter 30 procent.

Noggranna utvärderingar av programmet har gjorts. Jon Magnussen gav vid seminariet i juni en sammanfattning av dessa, se videospelningen. Ytterligare detaljer finns i litteraturhänvisningarna (Magnussen 2007). I korthet kan erfarenheterna summeras så här:

Som positiva effekter anges:

- Ökad effektivitet
- Ökad aktivitet
- Reducerade väntelistor
- Ökat fokus på ledning och ekonomi

Som negativa effekter anges:

- Ökade kostnader (norsk sjukvård har de näst högsta kostnaderna inom OECD, 50 procent högre per capita än i Sverige, hänsyn bör dock tas till att Norge är ett rikare land)
- "DRG creep" – "diagnosglidning" vid kodning
- "Cream skimming" – vårdgivarna söker selektera lönsamma patienter

Jon Magnussen gav vid seminariet följande något kritiska synpunkt kring DRG – "A system that is (at best) right on the average level is mis-used at departmental level and to some extent determines clinical practice".

## Danmark

Det danska sjukvårdssystemet har stora likheter med vad som beskrivits för Norge kring värdegrund, mål och rörelseriktning mot en ökad nationell enhetlighet och styrning till exempel kring ersättningsmodeller. Av särskilt intresse är en lång tradition av det hos medborgarna väl förankrade allmänläkarsyste-

met med "egenanställda" GPs som har sina "listor" med anslutna patienter och ersättning enligt nationell kapiteringsmetod med olika delmoment. Allmänläkarna sköter också patienterna på "pleiehjemmen" (geriatrik, äldrevård).

### **Från 14 till 5 regioner**

Danmark beslutade år 2005 om en "regionreform" där antalet amt (motsvarande svenska landsting) minskats från tidigare 14 till 5 stycken större regioner för att skapa större bärkraft för specialisering och strukturomvandling. De nya regionerna är i funktion från och med innevarande år.

Ersättningen inom sjukhusvården i Danmark har under en de senaste 20 åren utvecklats från en renodlad budgetstyrning via lokala kontrakt och avtal till ett system som i dag i princip bygger på en basbudget med ett inslag av aktivitetsbaserad DRG-ersättning. DRG-ersättningen fastställs nationellt.

## **Finland**

Det finska sjukvårdssystemet anknyter också i sin värdegrund och vårdgi-varstruktur med primärvård och sjukhus på många sätt till de övriga nordiska länderna. Systemet är emellertid mycket mer decentraliserat när det gäller ansvaret att organisera och finansiera vården vilket i princip ligger på de 432 primärkommunerna, som också har ansvar för äldrevård, sociala omsorger och basal utbildning. Kommunerna samarbetar emellertid i större kommunalförbund för organiseringen av sjukhus och högspecialiserad vård. Som motpol till denna starka decentralisering finns ett betydande statligt inflytande och styrning via en rad mekanismer. Staten medverkar också i finansieringen via skatteutjämning och bidrag.

I tillägg till sjukvårdsfinansieringen via kommunernas ansvar finns ett offentligt nationellt försäkringssystem som ersätter privat öppenvård, företagshälsovård och läkemedel. Flertalet läkare är anställda med fast lön i det offentliga systemet men har också rätt att arbeta i privat verksamhet på sin fritid. Den privata vårdandelen är därigenom relativt hög, cirka 20 procent av helheten.

När det gäller ersättningsmodeller har Finland experimenterat med en kapiteringsmodell av internationellt snitt inom primärvården, vilken utvecklats i riktning mot att stimulera ett befolkningsansvar. För sjukhusvården har en traditionell budgetfinansiering under de senaste 10 åren börjat utvecklas med en DRG-baserad modell för prissättning.

## **Andra europeiska länder**

Det finns två färskva kunskapskällor som i översikt och jämförande analyser redovisar sjukvårdssystemen och ersättningsmodeller i de olika EU-länderna. Det är två specialnummer av facktidskrifterna Health Economics och Health Care Management Science, se litteraturlistan.

# Vilka är lärdomarna från den internationella utvecklingen?

**Den redovisade internationella utvecklingen** inom ersättningsområdet innehåller en påtaglig mångfald och utvecklingslinjer i en rad olika riktningar. Den relaterar till olika sjukvårdssystem, till kultur och till tradition. Internationaliseringen ökar dock. Det sker dels via den ekonomiska globaliseringen där USA:s modeller tycks få ökat inflytande, dels inom EU där den successiva harmoniseringen inom sjukvårdsområdet så småningom bedöms påverka också ersättningssystemen. Det finns många intressanta och tankeväckande exempel på innovationer kring ersättningssystem från enskilda länder. Dessa kan stimulera och ge idéer men bör alltid värderas i sin kontext.

## Några gemensamma drag

Några gemensamma drag i den internationella utvecklingen är följande:

- En strävan efter mera sammanhållna ersättningar i de fall man har upp-splitttrade ersättningssystem till öppen respektive sluten vård, till olika moment i ett vårdförlopp, till läkare respektive sjukhus
- Försök att använda den ekonomiska ersättningen för att aktivt stödja en önskvärd omstrukturering av vården i riktning mot samband mellan vårdnivåer och samspel i vårdkedjan för de stora grupperna kroniskt sjuka
- En önskan att ersättningssystemen skall bidra till utvecklingen av idé-mässigt nya former för sjukvård, till exempel underlätta nya initiativ, nya organisatoriska lösningar, bidra till förändringskraft
- I de fall man har ersättningssystem utan aktiva ekonomiska incitament införa sådana, men med försiktighet och på "marginalen" så att de stödjer en önskad utveckling
- En aktuell utveckling är att söka koppla samman kvalitets- och resultatmätning med ekonomiska incitament via ersättningssystemen. Återkoppling och publicering av kvalitetsjämförelser bedöms ha begränsad effekt. En koppling till ekonomiska incitament antas ge ytterligare kraft kring jämförelser liksom vid implementering av riktlinjer och kunskapsunderlag

## Incitament, drivkrafter, belöningsfaktorer

En återkommande fråga i den internationella genomgången är användningen av incitament. Ersättningssystemen diskuterar nästan enbart ekonomiska drivkrafter. Det är viktigt att vidga diskussionen och se till motivation och belöningsfaktorer i ett bredare perspektiv. Det är bl.a. en konsekvens av att vi talar om de olika sjukvårdssystemens tradition och kultur. Även om det inte finns någon god teoretisk modell för denna helhet skulle man kunna beskriva olika motivationsfaktorer vilka påverkar sjukvårdens kliniska yrkesutövare, exempelvis:

- Yrkesetik, önskan att göra gott, humanistiska värden
- Patienternas uppskattning
- Professionell stolthet, kollegors bedömning och värdering
- Ekonomiska drivkrafter

De ekonomiska incitamenten finns, och bör ingå i sjukvårdens styrning. Övertygande bevis finns för detta. Det är lätt att både överskatta och underskatta deras kraft. Det viktiga tycks emellertid vara att bättre förstå hela incitamentsstrukturen så att de ekonomiska drivkrafterna får sin rätta plats och kan samverka med andra viktiga drivkrafter. Diskussionen kring svåra etiska och ekonomiska konflikter inom sjukvården som vi tidvis haft i Sverige kan bli lättare att föra om man tar in hela incitamentsstrukturen. Man kan då hitta vägar framåt och utveckla en mer ändamålsenlig styrning liksom metoder för konfliktlösning.

## Svensk diskussion behövs

Detta är generella frågor i många länder men ett starkt intryck från den internationella genomgången är att vi i Sverige är ovana vid att diskutera kring incitament i vården. Det kan bero på den starkt artikulerade värdegrunden av etik och rättvisa i vår sjukvård, den gemensamma skattefinansieringen och det faktum att alla i det offentliga sjukvårdssystemet är anställda med fast lön sedan lång tid.

Diskussionen inom detta område, som innehåller många oundvikliga konfliktpunkter, är emellertid viktig att utveckla. Det kan ske med hjälp av bland annat kunskaper och modeller från forskare inom etik, humaniora, medicinsk vetenskap, utvärderingsvetenskap och organisationskunskap. Avsevärda internationella erfarenheter finns som kan ha stort värde för att berika diskussion och problemlösning i Sverige.

## Tänkbara strategier

Rapportens inledande karakteristik av det svenska sjukvårdssystemet visar att vi noggrant och kritiskt skall värdera den internationella utvecklingen inom ersättningsområdet. Vi har uppnått vissa mål som andra länder kämpar att närma sig – till exempel. i den viktiga balansen av kostnads kontroll, rättvisa och

förmåga till strukturell omdaning av vården. Vi bör granska och sätta oss in i de internationella erfarenheterna för att få uppslag till precisa och ändamålsenliga förändringar. Dessa bör bidra till att Sverige skall kunna bevara sin position internationellt och fortsatt uppnå de hälsopolitiska målen kring ett rättvist, kostnadseffektivt och innovativt sjukvårdssystem. Några förslag till strategier och aktivitetsområden utifrån denna analys är följande:

- Experiment med olika typer av ersättningsmodeller behövs. Ingen har utvecklat den ”bästa modellen”. Experimenten utgår från lokala intressen och styrkor men bör sammanhållas nationellt för att slutsatser skall kunna dras. Formerna för utveckling av svensk vård är inne på denna väg men ytterligare nationella initiativ bör tas
- Vi bör ta fasta på den utvecklingslinje som innebär att kvalitetsjämförelser och kunskapsunderlag kan få större kraft om de kopplas samman med ekonomiska incitament i ersättningsystemet. Entydiga bedömningar visar att Sverige skulle ha särskilda möjligheter här genom våra goda kunskapsunderlag och kvalitetsregister
- Vi bör bredda incitamentsdiskussionen för att kunna skapa ändamålsenliga generella förändringsredskap
- Vi bör också överväga att komplettera pågående satsningar kring köer och tillgänglighet – som fortfarande är ett betydande problem i svensk hälso- och sjukvård – med de erfarenheter av incitament av olika slag som förekommer internationellt
- Vi bör öka kapaciteten att hantera dessa utvecklingsfrågor, t.ex. den tekniska utvecklingen av klassificerings- och ersättningsmodeller samt deras användning. Andra länder har betydligt större nationella resurser avsatta för motsvarande funktioner.
- Vi bör också stärka den kunskapsmässiga möjligheten att hantera frågorna, dels genom att stimulera svensk forskning inom området (som är blygsam), dels genom en ökad ”bevakning” av den livliga internationella utvecklingen. Kompetensen att kunna ”översätta” internationella erfarenheter bör öka.



## Litteratur

- AHRQ. *Strategies to support quality-based purchasing: a review of the evidence*. Washington D.C. US Department of Health and Human Services. AHRQ Publication No 04-0057. July 2004.
- AHRQ. *Pay for performance: a decision guide for purchasers*. US Department of Health and Human Services. AHRQ Publication No 06-0047. April 2006.
- AHRQ. *Consumer-oriented strategies for improving health benefit design: an overview*. US Department of Health and Human Services. AHRQ Publication No 07-0067. July 2007.
- Alberta Health and Wellness, Alberta Medical Association, Alberta Regional Health Authorities. *Alternate relationship plans. Application templates and guidelines*. April, 2006.
- Berenson RA. *Options to improve quality and efficiency among Medicare physicians*. Statement before the U.S. House Ways and Means Subcommittee on Health Hearing, May 10, 2007. (tillgänglig via Urban Institute, [www.urban.org](http://www.urban.org))
- Björn E, Hagen TP, Iversen T, Magnussen J. *The effect of activity-based financing on hospital efficiency: a panel data analysis of DEA efficiency scores 1992–200*. *Health Care Management Science* (2003) 6:271–283.
- Boyle S. *Payment by results in England*. *Eurohealth* (2007) 13, No 1:12–16.
- Busse R, Schreyögg J, Smith PC. Editorial: *Hospital case payment systems in Europe*. *Health Care Management Science* (2006) 9:211–213. Denna sammanfattande artikel inleder ett temanummer av tidskriften kring detta ämne med detaljerade beskrivningar från nio europeiska länder.
- CMS/Premier Health. *Quality incentive demonstration project. Project overview and findings from year one*. Washington D.C. Centers for Medicare and Medicaid Services. April, 2006.
- CMS/Premier Health. *Quality incentive demonstration project. Project findings from year two*. Washington D.C. Centers for Medicare and Medicaid Services. May 2007.
- Council for Public Health & Health Care (RVZ). *The Dutch health care market: towards healthy competition*. Zoetermeer, Publication number 05/08E, 2005. (tillgänglig via [www.rvz..net](http://www.rvz..net))
- Helderman JK, Schut FT, van der Grinten TED, van de Ven WPMM. *Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands*. *Journal of Health Politics, Policy and Law* (2005) 30, No 1–2:189–209.

- Institute of Health Economics (IHE). *Alternate relationship plans in Alberta. How are physicians paid in Alberta? An overview*. Presentation, October 31, 2007.
- Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington D.C: National Academies Press, 2001.
- Institute of Medicine. *Performance Measurement: Accelerating Improvement*. Washington D.C. National Academies Press, 2005. (The Pathways to Quality Health Care series)
- Institute of Medicine. *Medicare's Quality Improvement Organization Program*. Washington D.C. National Academies Press, 2006. (The Pathways to Quality Health Care series)
- Jacobsson F. *Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård*. Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi, Linköpings universitet. CMT Rapport 2007:2.
- Lindenauer PK, Remuse D, Roman S et al. *Public reporting and Pay for performance in hospital quality improvement*. *N Engl J Med* 2007;356:486–96.
- Linna M, Häkkinen U, Magnussen J. *Comparing hospital cost efficiency between Norway and Finland*. *Health Policy* (2006) 77:268–278.
- Magnussen J, Hagen TP, Kaarboe OM. *Centralized or decentralized? A case study of Norwegian hospital reform*. *Social Science & Medicine* (2007) 64: 2129–2137.
- Medicare Payment Advisory Commission, *Assessing alternatives to the sustainable growth rate system*. Report to the Congress, March 2007.
- Medicare Payment Advisory Commission. *Promoting greater efficiency in Medicare*. Report to the Congress, June 2007.
- Miller HD, *Creating payment systems to accelerate value-driven health care: issues and options for policy reform*. The Commonwealth Fund publication no. 1062, September 2007.
- Miraldo M, Goddard M, Smith PC. *The incentive effects of payment by results*. Centre for Health Economics, University of York. CHE research paper 19, September 2006.
- Nalli GA, Scanion DP, Libby D. *Developing A Performance-Based Incentive Program for Hospitals: A Case Study From Maine*. *Health Affairs* 26,no3(2007):817–824
- Oliver A, Mossialos E, Maynard A. (eds) *Analysing the impact of health system changes in the EU member states*. *Health Economics* (2005) 14, Number S1. Specialnummer av tidskriften som detaljerat redovisar sjukvårdssystemen och deras förändring i alla EU-länderna. Utgivet i samarbete med European Observatory on Health Systems and Policies.
- Oostenbrink JB, Rutten FFH. *Cost assessment and price setting of inpatient care in the Netherlands. The DBC case-mix system*. *Health Care Management Science* (2006) 9:287–294.
- Porter ME. *Creating a high-value health care system: implications for Sweden*. Presentation vid Blicka-seminarium, Stockholm, April 27, 2007 (ytterligare information [www.isc.hbs.edu](http://www.isc.hbs.edu))
- Rice N, Smith PC. Editorial: *Capitation and risk adjustment in health care*. *Health Care Management Science* (2000) 3:73–75. Sammanfattar och inleder ett temanummer som beskriver och diskuterar frågorna kring kapitering som ersättning inom vården i ett antal länder.

- Rosentahl MB, Fernandopulle R, Ryu Song HS, Landon B. *Paying for quality: providers' incentives for quality improvement*. Health Affairs (2004) 23, No 2: 127–141.
- Schreyögg J, Stargardt T, Tiemann O, Busse R. *Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): A comparison of nine European countries*. Health Care Management Science (2006)9:215–223.
- Gain sharing: *A Good Concept Getting A Bad Name?*
- Schreyögg J, Tiemann O, Busse R. *Cost accounting to determine prices: How well do prices reflect costs in the German DRG-system?* Health Care Management Science (2006) 9:269–279.
- Schut FT, van de Ven WPM. *Rationing and competition in the Dutch health care system*. Health Economics (2005) 14: s. 59–74.
- Smith PC, York N. *Quality incentives: the case of U.K. general practitioners*. Health Affairs (2004) May/June 112–118.
- Street A, Vitikainen K, Bjorvatn A, Hvenegaard A. *Introducing activity-based financing: a review of experience in Australia, Denmark, Norway and Sweden*. Centre for Health Economics, University of York, CHE Research Paper 30, October 2007.
- Wilensky GR, Wolter N, Fischer MM. *Health Affairs*, 26, no1 (2007) w58 – w67.

# Bilaga 1

## Informationskällor kring olika länder

### Europeiska länder

- **European Observatory on Health Systems and Policies.** Ger översikter och analyser av sjukvårdssystemens utveckling och sjukvårdspolitiken (health policy) i såväl enskilda länder som europaövergripande. Behandlar i särskilda rapporter aktuella teman. All information via [www.euro.who.int/observatory](http://www.euro.who.int/observatory)

### USA

Viktiga federala aktörer som ger kunskaper kring ersättningssystemfrågorna är följande:

- **Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)** [www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov) är det federala organ som sköter administrationen av dessa nationella system.
- **Medicare Payment Advisory Commission (Medpac)** [www.medpac.gov](http://www.medpac.gov) är kongressens expertorgan för medicaresystemet. Det är sammansatt av oberoende expertföreträdare från sjukvårdssektorn liksom för olika samhällsintressen. Medpac håller offentliga sammanträden sex gånger per år och ger ut två tematiska rapporter per år med goda översikter över utvecklingsläget i USA-sjukvården. Man kan fritt abonnera på både rapporter och nyhetsbrev.
- **Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)** [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov) är den federala utvecklingsorganisationen för hälso- och sjukvård. Den fokuserar på vårdorganisation, effektivitet, kvalitet, teknologivärdering – även avtal och ersättningsfrågor. AHRQ innefattar alltså den teknologivärdering som tidigare drevs inom **Office of Technology Assessment (OTA)**, den amerikanska modellen för SBU.
- **National Quality Forum (NQF)** org utgör numera en samlande paraplyorganisationen som sysslar med kvalitetsfrågor i vid mening, framförallt konsensusöverenskommelser kring kvalitetsmått och indikatorer.
- **Institute of Medicine (IOM)** [www.iom.edu](http://www.iom.edu) är ett av de oberoende "vetenskapsråd" inom National Academy of Sciences som på vetenskaplig grund skall ge kongressen och allmänheten råd kring viktiga frågor. IOM har en lång tradition av att ge ut genomarbetade rapporter som blir tongivande inom hela sjukvårdsområdet, speciellt fältet public health, organisation, effektivitet, teknologi.

- Två exempel på helt oberoende och kraftfulla aktörer av typen "think tanks" inom sjukvårdsorganisationens område är **Commonwealth Fund** [www.commonwealthfund.org](http://www.commonwealthfund.org) i New York som har gett ut en rad rapporter kring ersättningssystem liksom Urban Institute i Washington org som har ett stort hälso- och sjukvårdsforskningsprogram.
- **AcademyHealth org** är en paraplyorganisation för den samlade hälso- och sjukvårdsforskningen, det vill säga epidemiologi, hälsoekonomi, medicinsk sociologi, health management och health policy, kvalitetsforskning med flera områden. Academy Health anordnar en årlig tredagarskonferens i juni månad som tycks vara det bästa forumet att få en överblick över hela detta forskningsfält. Mötet ger också en god överblick över utvecklingstendenserna inom hela USA-sjukvården - inklusive ersättningssystem.
- **leapfroggroup.org** [www.leapfroggroup.org](http://www.leapfroggroup.org) – en virtuell frontlinjeorganisation som fokuserar på kvalitetsmått och deras användning – startat och lett av Arnold Milstein, Pacific Health Group, en finansier- och beställarorganisation av vård i San Francisco.

## Kanada

- **Health Canada**, med huvudkontor i Ottawa är den nationella organisation som ansvarar för helhet och principer i den kanadensiska vården Kontor i varje provins. [www.hc-sc.gc.ca/](http://www.hc-sc.gc.ca/)
- **Canadian Health Services Research Foundation** är drivande när det gäller forskning kring sjukvårdssystemet och dess tillämpning i praktiken. Starkinternationell påverkan och nätverk bland annat i Storbritannien och Nederländerna. [www.chsrf.ca](http://www.chsrf.ca)
- **Canadian College of Healthcare Executives**, en nationell yrkesorganisation för sjukvårdsledare. Certifierar till exempel sjukvårdsledare utifrån särskilda kompetenskrav. [www.cchse.org](http://www.cchse.org)
- **Institute of Health Economics Edmonton**, Alberta är ett hälsoekonomiskt forskningsinstitut i "public/private partnership" nära knutet till delstatens politiska och administrativa ledning, Alberta Health and Wellness. Ansvarar för studier kring "Alternate Relationship Plans". [www.ihe.ca](http://www.ihe.ca)

## Storbritannien

- **Center for Health Economics**, University of York är en av Europas större hälsoekonomiska forskningsenheter. Centret har som ett område särskilt sysslat med ersättningssystem i vården. [www.york.ac.uk/inst/che](http://www.york.ac.uk/inst/che)
- Andra nyckelorganisationer med ansvar för sjukvårdssystemet är **National Health Service uk**, The NHS Institute for Innovation and Improvement uk, National Institute for Clinical Excellence [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)



## Ersättningsystem inom hälso- och sjukvården

**Ersättningsystemet utgör** en ”stomme” i varje sjukvårdssystem. Det innebär en teknik att ekonomiskt ersätta vårdgivarna – och det innehåller också mer eller mindre utvecklade redskap att påverka och styra inriktningen av sjukvårdssystemets olika delar. Därmed ingår ersättningsystemet som en del av en samlad styrning av vården där det kan samspela med andra typer av styrmedel – t.ex. lagstiftning, medicinska riktlinjer, kunskapsunderlag och vårdprogram.

Den svenska hälso- och sjukvården har traditionellt ersättningsystem som an knyter till budgetstyrningen och som framförallt bidragit till en god kostnads kontroll. Satsningen på andra typer av styrmedel har bidragit till kvalitet och målpfyllelse.

Hälso- och sjukvården står nu inför starka krav på utveckling, förnyelse och effektivisering för att möta de framtida utmaningarna. Sjukvårdens ersättnings system kan spela en viktig roll som en del i redskapsarsenalen för ett mera utvecklat system som förmår motsvara kraven.

En intensiv utveckling kring dessa frågor pågår i omvärlden. I USA finns ett påtagligt intresse att koppla ekonomisk ersättning till uppnådd kvalitet och målpfyllelse, s.k. ”pay for performance”. Även i Storbritannien pågår storskaliga försök i primärvården och sjukhusvården enligt denna modell. Många andra europeiska länder bedriver utveckling av sina ersättnings system, bl.a. utgående från tradition och kulturella förutsättningar.

Rapporten ger en samlad översikt över denna utveckling med hänvisningar till litteratur och andra kunskapskällor. Tänkbara strategier och utvecklingslinjer för Sverige diskuteras mot bakgrund av den internationella utvecklingen.

TRYCKSAKER FRÅN SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

BESTÄLLS PÅ [WWW.SK.LSE](http://WWW.SK.LSE) ELLER PÅ

TFN 020-31 32 30, FAX 020-31 32 40.

ISBN 978-91-7164-352-0

RAPPORTEN KAN LADDAS NER FRÅN [WWW.SK.LSE](http://WWW.SK.LSE)



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting

118 82 Stockholm, Besök Hornsgatan 20

Tfn 08-452 70 00, Fax 08-452 70 50

[info@sk.lse](mailto:info@sk.lse), [www.sk.lse](http://www.sk.lse)