

# Utveckling av ersättningsystem inom hälso- och sjukvård

*En översikt av tillämpning, erfarenheter och utvecklingslinjer*



# Utveckling av ersättningsystem inom hälso- och sjukvård

*En översikt av tillämpning, erfarenheter och utvecklingslinjer*

FREDRIC JACOBSSON

STAFFAN LINDVALL

Huvudsakligen en sammanställning av:

Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård,  
CMT-rapport 2007:2

Projekt Kraftsamling – Resursfördelning och ersättningsmodeller  
inom hälso- och sjukvården, Sveriges Kommuner och Landsting,  
Arbetsrapport 2004/05

Dokumentation från seminarium 27 september 2007  
Utveckling av ersättningsystem arrangerat av Socialdepartementet,  
Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting

**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  
Foto Fotografen (-er)  
Tryck Modin tryckoffset 2008

ISBN 978-91-7164-353-7

# Innehåll

<b>Förord</b>	5
<b>Ersättningssystemens utgångspunkter</b>	6
<b>Ekonomiska incitament i svensk hälso- och sjukvård</b>	7
1970: Reglerad arbetstid fick läkarkåren att växa	7
1990-talet: Strävan mot behovsstyrning	8
<b>Olika utgångspunkter de senaste 20 åren</b>	9
<b>Former och erfarenheter som vi har med oss</b>	11
Ersättning per åtgärd	11
I förväg fastställd ersättning per åtgärd	11
Ersättning per produktgrupp	12
Resultatbaserad ersättning	13
Individ	13
Period	14
<b>Inget enskilt verktyg räcker!</b>	16
Kombinationer av olika ersättningsprinciper	16
<b>Ersättningsprinciper</b>	19
Ersättningsprinciper i primärvården	19
Ersättningsprinciper för verksamheter på sjukhus	19
Resultatbaserad/målrelaterad ersättning – sex exempel	20
Målet med modellerna	22
<b>Effekter av olika ersättningsprinciper</b>	
Svenska forskningsresultat	23
Effekter av prestationsersättning	25

<b>...och var står vi nu?</b>	27
Normer och etiska regler är också viktiga	27
Det går alltid att skapa en mix	28
Ökade incitament och ökad kontroll – en balansgång	28
Anslag och bonus – ett intressant alternativ	29
Viktigast: Att tro på det man gör	30
<b>Slutsatser</b>	31
<b>Litteratur och referenser</b>	32

# 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 ersättnings-system 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 ersättningssystem. 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 ersättningssystemen så att de bidrar till en verksamhetsstyrning som är effektiv, dvs fokuserar på kvalitet, produktivitet och kan hantera kostnadsutvecklingen.

Den här rapporten avser att på ett övergripande sätt beskriva resonemang kring olika ersättningssystem samt en del av de erfarenheter som samlats kring landstingens arbeten inom området.

# Ersättningssystemens utgångspunkter

**Olika ersättningsprinciper** ger både önskade och oönskade effekter.

Diskussionen om modeller för resursfördelning och ersättningar inom hälso- och sjukvården är mycket levande. Kan ersättningssystemen bidra till den utveckling som eftersträvas med patientfokusering och utveckling av kvalitet och resultat. De senaste åren har det etablerats förnyade fokus på och getts utrymme för att på ett mer genomgripande sätt arbeta med hur dessa ersättningssystem ska fogas in i den styrning och ledning som eftersträvas. Modeller utvecklas för att påverka produktivitet, kvalitet och ytterst effekter av hälso- och sjukvårdens insatser. Det växer också fram helt nya tankar om ersättningsmodeller som kopplas mot sjukdomsgrupper, följer vårdflöden och fokuserar på såväl service- som medicinsk resultat kvalitet.

Erfarenheterna från landstingens arbeten och projekt visar att olika ersättningsprinciper ger både önskade och oönskade effekter. Den här rapporten avser att på ett övergripande sätt beskriva resonemang kring olika ersättningssystem samt en del av de erfarenheter som samlats kring landstingens arbeten inom området.

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

Den totala ersättningen utgörs i dag ofta av en blandning av olika ersättningsprinciper. På det viset kan man utnyttja ersättningsprincipernas positiva egenskaper samtidigt som de negativa egenskaperna minimeras. Trots det kan vi konstatera att inget ersättningssystem är perfekt. För att vi i framtiden ska kunna utforma så bra ersättningssystem som möjligt krävs att lärdomar från tidigare arbeten tas tillvara och att ny inspiration kan tillföras för att utveckla önskade områden.

# Ekonomiska incitament i svensk hälso- och sjukvård

I Sverige har arbetet med att försöka utforma ersättningsystem som ger goda incitament inom hälso- och sjukvården nu pågått i cirka 15 år.

Svensk hälso- och sjukvård har under lång tid i huvudsak styrts genom planering och medicinska beslut. Ekonomiska incitament som uppmuntrar produktivitet eller som särskilt kopplats till effekter har endast förekommit i liten omfattning.

## 1970: Reglerad arbetstid fick läkarkåren att växa

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

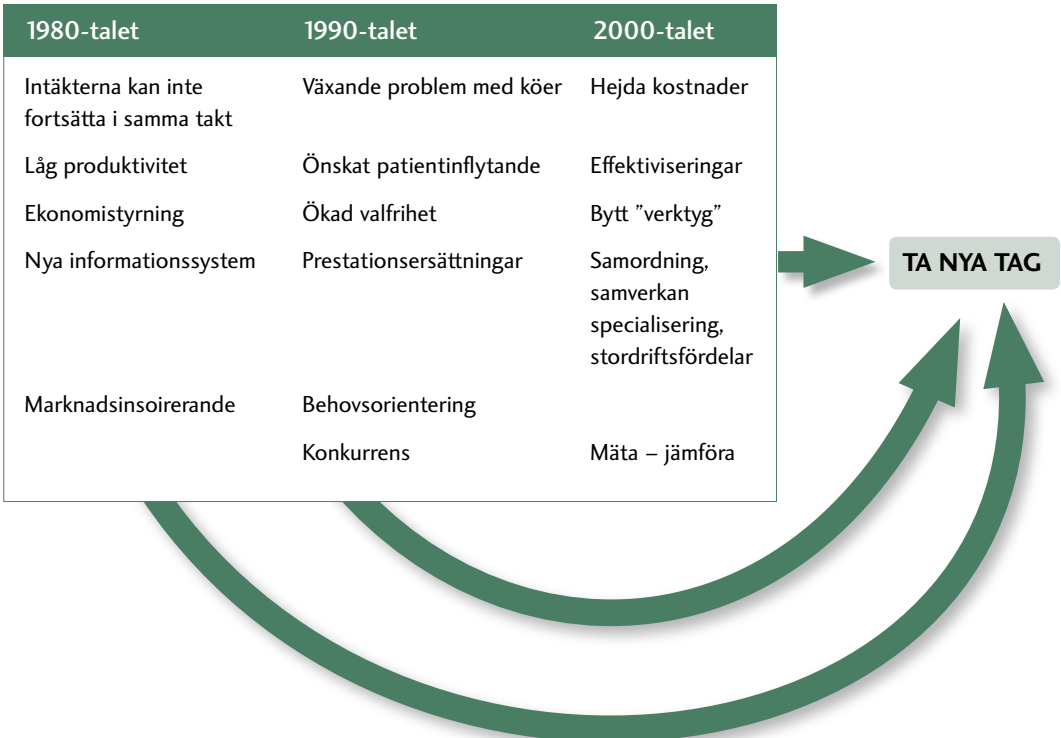
Snabbt ökande kostnader och vetskapen om att intäkterna inte skulle fortsätta att öka i samma takt som tidigare medförde en vändpunkt i början av 1980-talet. Kostnadskontroll blev ledordet men låg produktivitet uppmärksammades också. Under senare delen av 1980-talet växte på nytt intresset för prestationsersättning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



## 1990-talet: Strävan mot behovsstyrning

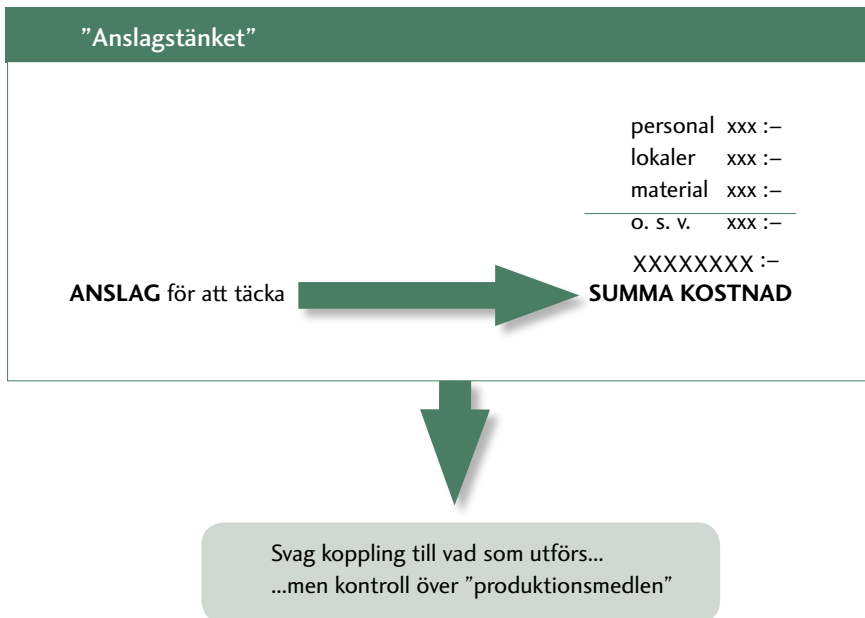
Under början av 1990-talet uppmärksammades allt mer växande problem med köer och byråkrati. Ökad produktivitet och större patientinflytande var vad som skulle eftersträvas. Införandet av prestationsersättning och ökad valfrihet för patienten som påbörjats under senare delen av 1980-talet fortsatte i landstingen. Dessutom infördes särskilda beställarfunktioner i vissa landsting för att åstadkomma en behovsstyrning av resurserna utifrån ett befolkningsperspektiv. Beställarfunktionen användes också för att införa marknadsliknande förhållanden och för att öka vårdgivarnas incitament till ökad produktion. Utvecklingen mot mer marknadsliknande förutsättningar gick snabbt men mot slutet av 1990-talet svängde pendeln igen efter att negativa effekter uppmärksammats. Fokus blev på samordning och samverkan. Med hjälp av specialisering och stordriftsfördelar skulle effektiva lösningar hittas.

Även om denna svängning i den politiska retoriken är att betrakta som en helomvändning fanns också tanken om ökad effektivitet via konkurrens fortfarande kvar. Resultatet har blivit att skillnaderna mellan olika landsting ökat eftersom det inte finns något klart ideal eller svar på hur effektiva offentliga organisationer ska organiseras och styras, eller hur man skapar optimala incitament. I Sverige har arbetet med att försöka utforma ersättningssystem som ger goda incitament inom hälso- och sjukvården nu pågått i cirka 15 år. Intresset för området har inte avtagit. Om detta vittnar inte minst den växande mängden litteratur som produceras inom området.

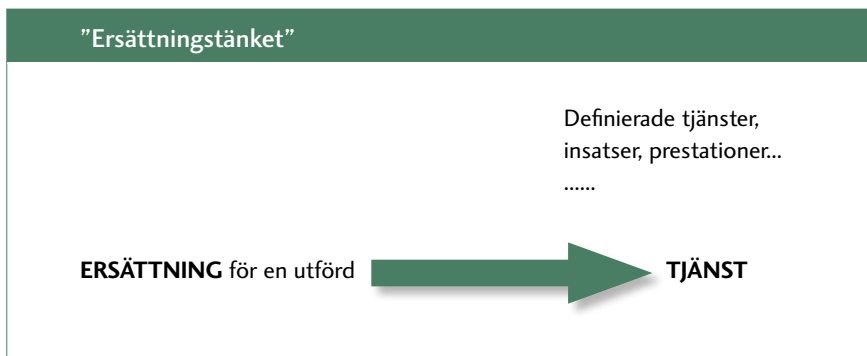


# Olika utgångspunkter de senaste 20 åren

I tankar om vad som är önskvärda grunder för ersättning finns några olika nyanser. En del bygger på den förvaltningsmodell som varit den vanliga inom svensk offentlig sektor. Ofta byggs resursanspråken upp från en ren kostnadsbudget med bedömning av personalkostnader, lokalkostnader, etc. Från den grunden läggs sedan "äskanden om anslag" för att täcka dessa kostnader. Anslaget som ersättning för täckande av kostnader är en bra bas för kostnadskontroll. Landsting som använder anslaget som huvudsakligt instrument för att fördela resurser menar ofta att frågor om effektivitet och måluppfyllelse inte kopplas direkt till ekonomiska incitament. Istället hanteras detta genom dialog och andra komponenter i styrningen och ledningen av verksamheterna.

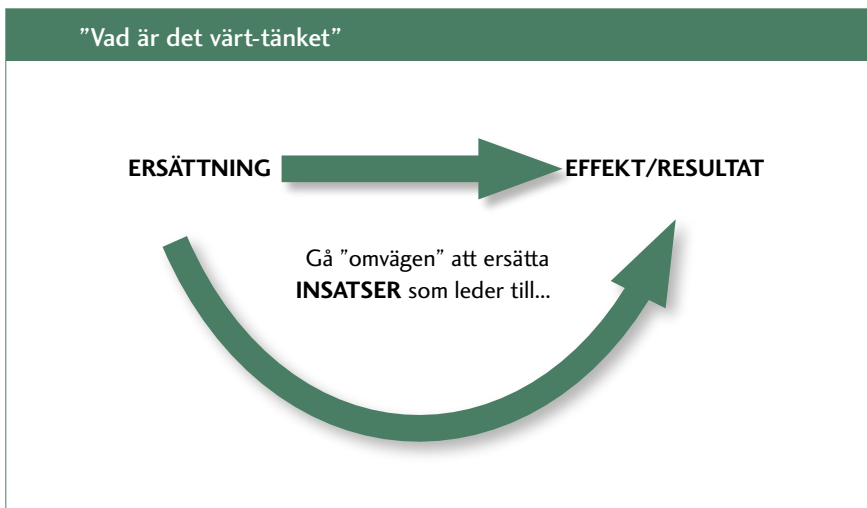


Andra utgångspunkter väcktes med anledning av tankarna om "målstyrning" under slutet av 80-talet. När diskussionen om att skilja på frågan om "vad" och "hur" påverkade synen på resursfördelning så blev det naturligt att föra dialogen i andra termer. Politiken tillskrevs rollen att beskriva vad som organisationen skulle hantera/utföra och verksamheterna själva hur man skulle organisera sig för att genomföra uppdraget/nå målen. Då börjar också ambitionen att uttrycka verksamheternas innehåll i "prestationer", "produkter" och "tjänster".



Ersättningen kopplat till det som utförs, men innebär också att det finns svagare kontroll över "produktionsfaktorerna"

I landstingen pågår det en aktiv dialog om hur resursfördelning och ersättningar tydligare ska gå att koppla till sjukvårdens "effekter". Teorierna bygger på tanken att det ska gå att avläsa hälso- och sjukvårdens påverkan på livskvalité, bibehållen hälsa, funktionsförmåga och andra typer av medicinska resultat. Flera sådana modeller har prövats och börjar få ett genomslag i praktiskt bruk. Oftast är dessa uppbyggda genom att ersättning kopplas mot vissa insatser som har dokumenterad påverkan/effekt på de resultat som eftersträvas.



# Former och erfarenheter som vi har med oss

## Ersättning per åtgärd



*Fee for service – incitament till högre produktivitet, men inte till högre kvalitet.*

Ersättning per åtgärd som den utformades utformades i USA, är en rörlig retrospektiv ersättning per åtgärd. Enligt klassificeringen ger den incitament till ökad produktion och incitament att öka kostnaderna. I litteraturen (WHO 2000; Barnum m.fl. 1995; Waters & Hussey 2004) menar man att fee for service ger kraftigt ökad produktion på grund av incitament att utföra så mycket åtgärder som möjligt. Dessa incitament gör att det blir intressant att utföra så många åtgärder som möjligt per patient vilket innebär incitament till ökande produktionskostnader. Eftersom kostnaderna ersätts i efterskott bör denna princip inte ge incitament till minskad kvalitet, men det finns heller inga incitament till hög kvalitet. En risk i kvalitetshänseende finns dock eftersom vårdproducenten både har en vårdande och rådgivande roll. Denne kan via sin rådgivande roll påverka efterfrågan på vård<sup>1</sup>. En ersättningsprincip som belönar antalet åtgärder kan därför locka vårdproducenten att producera mer vård än vad patienten egentligen efterfrågar<sup>2</sup>. Incitament till hög output (kortare köer) i kombination med överskottets beroende av att kunna locka patienter till sig (för att kunna utföra många åtgärder) ger sammantaget incitament till god patientservice. Kostnads-täckning i efterskott innebär att det inte finns några stora vinster att hämta på att försöka välja bort vissa patienter. Det är dock i praktiken ofta omöjligt att ersätta alla åtgärder som bör utföras. Åtgärder som faller utanför ersättnings-systemet kan därför komma att bedömas som olönsamma och väljas bort.

## I förväg fastställd ersättning per åtgärd



*Leder i förlängningen till god patientservice, men kan också ge incitament till lägre vårdkvalitet.*

Genom att i förväg fastställa de priser som ska gälla vid ersättning per åtgärd blir ersättningen rörlig och bestämd i förväg. Enligt klassificeringen finns då

<sup>1</sup> Detta fenomen benämns supplier induced demand (SID)

<sup>2</sup> Noteras bör dessutom att patienten i enlighet med ekonomisk teori efterfrågar mer vård än vad som är relevant i ett samhällsperspektiv eftersom denne endast betalar en liten del av den totala kostnaden

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


## Ersättning per produktgrupp



*Ger incitament till hög output och låga kostnader, men innebär en långsiktig risk för effektiviteten.*

Ersättning per produktgrupp är ytterligare ett steg i försöken att minska skillnaderna i lönsamhet mellan olika åtgärder och dessutom öka kontrollen jämfört med i förväg fastställt ersättning per åtgärd. Principen som är rörlig och i förväg bestämd ger enligt klassificeringen både incitament till hög output och låga kostnader. Detta bekräftas också av litteraturen (Barnum m.fl., 1995). Den höga detaljstyrningen av vårdproducenten medför dock minskade incitament till hög produktion/produktivitet jämfört med ersättning per åtgärd. I The World Health Report (WHO 2000) varnas för de långsiktiga effekterna på effektiviteten. Man menar att den hårda styrningen minskar utrymmet för anpassning och förbättringar genom egna idéer, vilket på längre sikt skulle kunna leda till minskad effektivitet. Incitament till att håll ner kostnaderna skulle i förlängningen också kunna leda till låg vårdkvalitet. Produktgrupperna kan utformas så kostnader som uppkommer på grund av bristande kvalitet får bäras av vårdproducenten, men ofta saknas incitament till ökad vårdkvalitet. Även vid ersättning baserad på produktgrupper finns incitament att försöka sortera bort patienter som är dyra att behandla.


## Resultatbaserad ersättning

 *Ersättningsprincip som öppnar möjligheter, men ger en risk för målkonflikter.*

Resultatbaserad ersättning kan förekomma i många skepnader, här diskuteras målrelaterad ersättning. Den målrelaterade ersättning utgår oftast som en i förväg fastställd bonus, när förutbestämda mål uppnås. Den är då rörlig och bestämd i förväg, vilket således medför att den enligt klassificeringen ger incitament till hög output och låga produktionskostnader. Syftet med denna ersättningsprincip är att skapa ökad effektivitet (ökad produktion och lägre produktionskostnader) inom det område som ersättningen inriktas mot (Bailit Health Purchasing 2002) vilket då stämmer med klassificeringens slutsatser.

Intresset för denna ersättningsprincip ökar. Av de ersättningsprinciper som hittills gått igenom finns ingen som ger incitament till hög kvalitet. Resultatbaserade ersättningar kan utformas på en mängd olika sätt vilket gör att incitamenten kan styras mot olika områden (varav kvalitet är ett). Detta är förklaringen till de många plustecknen i tabellen. Var plustecknen i slutändan hamnar beror således på vilket område finansiären inriktar bonusen mot, men eftersom incitamenten till hög vårdkvalitet är få är det vanligast att den resultatbaserade ersättningen inriktas mot detta område. En nackdel kan vara att inriktning mot ett område indirekt ger incitament till minskad aktivitet inom andra områden som inte ersätts. Detta problem hänger bl.a. samman med att det är svårt att mäta och ersätta det slutgiltiga målet, ökad hälsa hos befolkningen. Följden blir att finansiären istället ersätter delmål som är möjliga att mäta. Mätproblematiken medför också att den målrelaterade ersättningen oftast bara kan utgöra en liten del av den totala ersättningen.

## Individ

 *Kapitation – starka incitament för låg produktion och låga kostnader, men också till låg kvalitet och låg patientservice.*

Kapitation är i sitt grundutförande fast och bestämd i förväg vilket enligt klassificeringen ger incitament till låg output och låga kostnader. Detta stämmer med litteraturen där incitamenten för låg produktion och låga kostnader ofta anges som mycket starka (Barnum m.fl. 1995) Även om kostnaderna blir låga antas incitamenten till låg aktivitetsnivå totalt ge incitament till låg produktivitet. Incitamenten till låg aktivitet ger indirekt incitament till låg kvalitet och låg patientservice. Att undvika dyra patienter genom vidareremittering alternativt att försöka åstadkomma övervältring på andra sätt (korta telefontider, långa köer, ovänligt bemötande etc.) är ekonomiskt intressant. Allt detta innebär att det finns en risk att för lite vård produceras. Den stora fördelen med denna ersättningsprincip är att den ger mycket god kostnadskontroll och att den dess-

utom ger incitament till prevention (om den är kostnadseffektiv). De negativa incitament som beskrivits ovan kan motverkas om vårdproducenterna fritt får konkurrera om patienterna eftersom ersättningen då blir mer rörlig i sin karaktär. Detta innebär dock en ökad ekonomisk risk för den enskilde vårdproducenten (vissa kan bli utkonkurrerade), vilket inte alltid upplevs som enbart positivt eftersom det i förlängningen bland annat kan innebära begränsningar i tillgänglighet för medborgarna.

## Period



*Anslag – ger relativt god kostnadskontroll, men också sammantaget relativt starka incitament för låg produktivitet*

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

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

Tabell 1. Ekonomisk incitamentsstruktur för olika ersättningsprinciper

			Ger incitament för*							
Objekt	Aktivitetsgrad	Tidsperspektiv	Hög produktion		Låga produktionskostnader		Hög vård- kvalitet	God service	Risk för "cream skimming**"	Kostnads- kontroll
			klass	litt	klass	litt				
<b>Åtgärd:</b>										
Fee for service	Rörlig	Retro perspektiv	+	++	-	-	0	++	Låg risk	--
I förväg fastställd ersättning per åtgärd	Rörlig	Prospektiv	+	++	+	+	-	+	Hög risk	-
Ersättning per produktgrupp (t.ex. DRG)	Rörlig	Prospektiv	+	+	+	+	-	+	Risk	-
<b>Resultat:</b>										
Mårelaterad ersättning	Rörlig	Prospektiv	+	+	+	+	++	+	Risk	+
<b>Individ:</b>										
Kapitation (utan konkurrens)	Fast	Prospektiv	-	--	+	++	-	--	Hög risk	++
<b>Period:</b>										
Traditionellt anslag	Fast	Prospektiv/ Retroprospektiv	-	-	0	-	-	-	Ingen risk	+

\* ++ starka incitament för; + incitament för; o inga tydliga incitament; - motverkande incitament; -- starka motverkande incitament

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

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



## Inget enskilt verktyg räcker!

**Varje ersättningsform måste utformas** med hänsyn till syftena och de bedömda effekterna.

Ersättningsformerna är ett av de viktigaste styrmedlen i vården. Det gäller oavsett om huvudmannen låter utföra vården i egen regi eller på entreprenad. Landstingens upptäckt är att olika former av vård, medicinsk service med mera inte bör ersättas på samma sätt. Det innebär att alla huvudmän kommer att använda sig av flera ersättningsformer parallellt. Varje ersättningsform måste utformas med hänsyn till syftena med den och de bedömda effekterna i olika avseenden. Ofta måste därvid grannläga avvägningar göras, till exempel avseende produktivitet, mellan en ersättningsforms positiva effekter för de enskilda patienternas möjlighet att få vård och huvudmannens möjligheter att finansiera en ökad vårdvolym.

Ofta utgör olika ersättningsprinciper motpoler till varandra. Detta gör att oönskade bieffekter från en princip kan mildras genom att kombinera denna med någon annan princip.

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

### Kombinationer av olika ersättningsprinciper

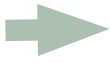
Det går att kombinera ersättningsprinciper på många sätt. Nedan följer några exempel.



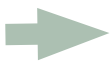
*Ersättning per åtgärd i kombination med kapitation.*

Ersättning per åtgärd används främst för att öka produktionen. Den största nackdelen med metoden är den begränsade kostnadskontrollen. Kapitationens stora fördel är att metoden ger full kostnadskontroll och starka incitament för att minska kostnaderna. En nackdel är att metoden snarast uppmuntrar till att producera så lite som möjligt. Genom att kombinera ersättningsmetoderna kan respektive methods oönskade effekter mildras. Kapitationen ger totalkostnads-

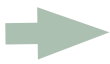
kontroll och ersättning per vårdinsats kan användas som komplement inom de områden där ett ökat utnyttjande önskas. Om det exempelvis bedöms som önskvärt att fler personer över 65 år bör influensavaccineras kan en ökad aktivitet inom detta område stimuleras genom att ersätta varje vaccination med en viss summa i en i övrigt kapitationsersatt primärvård.

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

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

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

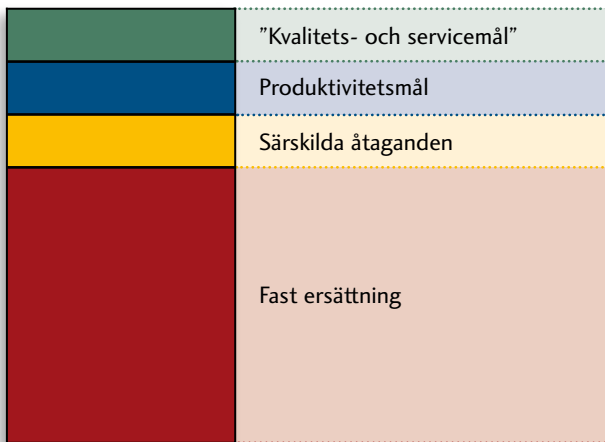
Denna modell, som tilldragit sig intresse från bland annat Uppsala-, Västra Götaland-, Gävleborg-, Örebro- och Östergötlands landsting, kombinerar tre olika ersättningsprinciper. Anslagets andel av den totala ersättningen kan varieras med komplexiteten i verksamheten men bör sannolikt utgöra den största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

 *Tak – volymbegränsningar eller begränsning av den ekonomiska ramen*

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

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

### Fast och rörlig ersättning



# Ersättningsprinciper

## Ersättningsprinciper i primärvården

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

En nyare komponent i ersättningsprinciperna för primärvård är begreppet "täckningsgrad". Här varierar ersättningen utifrån hur väl man betjänar sitt patientunderlag. Om en stor del av den egna patientgruppens sjukvårdsbehov hanteras inom den egna verksamheten så leder det till en ökande ersättning.

## Ersättningsprinciper för verksamheter på sjukhus

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

genomföra detta på bästa sätt. Ersättningen är kopplad till det som utförs men det innebär samtidigt en sämre kontroll över produktionsmedlen.

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

Även om prestationsersättning använts i liten omfattning inom sjukhusens öppenvård pågår utvecklingsarbeten inom många landsting. Det finns ett stort behov av ett gemensamt beskrivningssystem inom den öppna vården och DRG-systemet har utvecklats för användning i öppenvård. Detta kan användas både för ledning, styrning och jämförelser på olika nivåer och dessutom som grund för ett ersättningssystem.

## Resultatbaserad/målrelaterad ersättning

### – sex exempel

Parallellt med diskussioner och tankar kring anslags- och prestationsersättning pågår det en aktiv dialog om hur resurser och ersättningar på ett bättre sätt ska gå att koppla till hälso- och sjukvårdens effekter. Några tydliga modeller där ersättningen är kopplad till effekter verkar inte finnas i praktiskt bruk. Däremot försöker man inom vissa områden koppla ersättningen till insatser som har dokumenterad påverkan/effekt på de resultat som eftersträvas. De landsting som uppgav att de i varierande grad använde sig av resultatbaserade ersättningar 2001 (Stockholm, Skåne och Gävleborg) uppgav 2004 att de fortfarande gör det. Landstingen i Östergötland och Uppsala har provat resultatbaserad ersättning i begränsad skala. I Östergötland utvidgas användningen inom nya områden fr.o.m. 2006. Även de två landsting (Sörmland och Jönköping) som tillkommit i studien från 2004 anger att de använder någon form av målrelaterad ersättning. Sammanställningen nedan ger, om inte annat anges, en bild av hur det såg ut före 2003 och är hämtad från Lundberg & Rydnert (2003).

### Stockholms läns landsting

Målrelaterade ersättningar ingick i varierande utsträckning i avtal och överenskommelser.

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

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

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

## **Region Skåne**

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

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

## **Landstinget Gävleborg**

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

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

## **Landstinget i Östergötland**

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

## **Landstinget i Uppsala län**

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

## **Landstinget i Kalmar län**

Viss målrelaterad ersättning utgick på försök vid två vårdcentraler.

Avslutningsvis kan konstateras att det 2005 pågick en diskussion och ett utvecklingsarbete kring resultat/målrelaterad ersättning (Sjukhusens ersättnings-system 2005; Clara-kommittén slutrapport 2005; Landstingsplan 2006–2008 2005; Förslag till utvecklad resursfördelningsmodell i Örebro läns landsting 2005). Mycket tyder därigenom på att denna ersättningsprincip kommer att öka

i omfattning. Flera landsting har som målsättning att införa resultat/målrelaterad ersättning inom många områden, men på en låg nivå i förhållande till den totala ersättningen. De nivåer som diskuteras är ofta i intervallet 1–5 procent av total ersättning.

## Målet med modellerna

Få landsting har dokumenterat sina mål med ersättningssystemen. Det tycks som om de främsta målen varit ökad produktivitet och kostnadskontroll, där kostnadskontrollens betydelse ökat efter mitten på 1990-talet. Man kan även ana att man önskat en tydligare politisk styrning utifrån ett befolkningsperspektiv. En fungerande kostnadskontroll ses antagligen som ett villkor för en politisk styrning. Tyvärr är det ovanligt att man utvärderat olika modellens effekter på ledning, styrning och i förlängningen på verksamhet och ekonomi. Ibland verkar det som om förändringarna drivits av desperation över bristande kostnadskontroll. De vidtagna åtgärderna har lett fram till att många landsting fått bättre kontroll på sina kostnader. Vissa landsting har lämnat beställar/utförarmodellen men inte dokumenterat varför. De som håller fast vid beställar/utförarmodellen utvecklar denna och vill i större utsträckning ha system som tydligt reglerar pris och volym. Trenden tycks vara att man använder sig av en blandning av olika ersättningsprinciper och att målrelaterad ersättning kommer att användas i större utsträckning i framtiden. Att landstingen gör olika bedömningar över vilka ersättningssystem som är bäst lämpade att åstadkomma önskade effekter är sannolikt inte så konstigt. Kostnadskriser drabbar landsting vid olika tidpunkter, problemområden identifieras vid olika tidpunkter i utvecklingen och man vet ofta inte vilken effekt ett visst ersättningssystem kommer att få i praktiken.

# Effekter av olika ersättningsprinciper

## Svenska forskningsresultat

De effekter som kan noteras är i mycket en bild av den totala effekten av omställningen från traditionell anslagsersättning till beställar-utförarmodellen.

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

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

Jonsson (1994) jämförde Stockholmsmodellen, där prestationsersättning införts, med 14 landsting där traditionella organisations och styrformer användes. Han konstaterade att produktiviteten ökade i Stockholm efter införandet av prestationsersättning. Ökningen berodde framförallt på högre prestationsnivå men också på minskade kostnader. Motsvarande utveckling kunde inte konstateras i de andra 14 landstingen. Jonsson (1995) genomförde också en motsvarande analys för Dala- och Örebromodellen. Jämförelsen gjordes även här med de 14 landstingen från föregående års studie. Dalamodellens införande visade på kraftigt ökande produktivitet jämfört med landstingen i kontrollgruppen (11 procent mellan 1990–1993 jämfört med kontrollgruppens genomsnitt på 2,4 procent). I Örebro läns landsting kunde trots en ökning av antalet prestationer ingen produktivitetsökning noteras eftersom kostnaderna ökade i motsvarande grad. Förklaringen till detta var enligt Jonsson att ersättningens storlek per prestation inte trappades ner efter en viss volym. Vid en senare studie av Stock-



holmsmodellen (Charpentier & Samuelsson 2000) konstaterades att den ökning av produktiviteten som blev följden vid införandet av modellen försvann efter några år. När hela perioden mellan 1991 och 1996 studerades kunde man konstatera att produktiviteten år 1996 var på samma nivå som 1991. Produktivitetsoökningen under 1992–1994 hade raderats ut av en produktivetsminskning 1994–1996.

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

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

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

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

## Effekter av prestationsersättning

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

- **Produktivitet**

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

- **Finansiering/kostnadskontroll**

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

- **Arbetets utförande**

Prestationsersättningens påverkan på hur arbetet inom hälso- och sjukvården utförs har studerats i liten omfattning. Det finns dock indikationer på att den medicinska professionen upplever minskad autonomi, minskad möjlighet att påverka och minskad tillfredsställelse med sitt jobb som en följd av att de känner sig kontrollerade av ekonomiska faktorer. Detta kan vara ett tecken på att hälso- och sjukvårdsorganisationen i och med prestationsersättning övergår från en professionell till en mer byråkratisk organisationsform. Men för att kunna dra denna slutsats krävs mer forskning i ämnet.

- **Administrativ kapacitet/flexibilitet**

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

- **Effektivitet**

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

## ...och var står vi nu?

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

## Normer och etiska regler är också viktiga

I Sverige verkar det som om både de positiva och negativa effekterna av olika ersättningssystem blir relativt begränsade. Detta beror på att det inte bara är ersättningssystemens utformning som styr individens handlande. Exempel på andra styr signaler är till exempel de normer och etiska regler som också styr sjukvårdspersonalens handlande. Dessa utgör ofta en balanserande faktor till de ekonomiska incitament som skapas via ersättningssystemen. Som en reaktion

på detta och på bristen av kvalitetsincitament har intresset för resultatbaserad ersättning ökat. Detta är en ersättningsform som hittills förekommit i relativt liten omfattning. Eftersom det egentligen inte är hälso- och sjukvårdens process utan det resultatet som kommer ut av processen som är intressant är detta en positiv och spännande utveckling. Vi som samhällsmedborgare vill att sjukvården ska åstadkomma god hälsa hos befolkningen, att då ersätta i förhållande till uppnådda hälsoeffekter borde vara idealt. Problemet är hur god hälsa ska kunna mätas på ett användningsfritt sett. Även om detta är svårt har förutsättningarna att lyckas förbättrats tack vara nya informationssystem för att följa upp och mäta resultat i vården.

## **Det går alltid att skapa en mix**

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

## **Ökade incitament och ökad kontroll – en balansgång**

Att ekonomiska incitament påverkar finns det mycket empiriska bevis för, men ökande ekonomiska incitament och ökande kontroll av producenter är som framkommit i denna rapport en balansgång. Balansgången gäller inte bara ba-

lansen mellan de positiva och negativa incitament som olika ersättningssystem skapar, utan också en balans mellan extern motivation, i form av prestationsersättning och kontroll, och intern motivation där drivkraften exempelvis kan vara tillfredställelsen med att göra ett bra jobb. Områden där intern motivation är viktig är framförallt områden med mer komplicerade arbetsuppgifter eller områden med ett stort inslag av altruism. Båda dessa fenomen förekommer i hög grad inom hälso- och sjukvårdsområdet. Här passar ibland inte den traditionella prestationsersättningen eftersom den finns en risk att den eroderar den interna motivationen på grund av att vårdgivaren upplever att hon/han blir belönad för "fel saker" och på grund av att ersättningssystemet i sig kräver ökad kontroll. Tecken på detta finns hos läkarkåren där prestationsersättning införts, både i form av känslor av minskad professionalism (Siverbo & Kastberg 2005) och frustration med resultatet av det man gör (Forsberg 2001). Om vårdgivarens interna motivation försvinner kommer denne bara att göra de moment som ger mest extern belöning. Det är intressant att se att i debatten kring ersättningsprinciper i Europa diskuteras ofta frågan om hur ersättningen kommer att påverka vårdgivarens etik, moral och motivation. Dessa frågor diskuteras i betydligt mindre omfattning i USA. Med utgångspunkt från detta är det inte säkert att ersättningsprinciper kommer att ge samma empiriska effekter i Sverige som i USA. Individens värderingar och miljön är viktig när man ska utforma och införa nya ersättningsprinciper.

## Anslag och bonus – ett intressant alternativ

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

Införandet av nya ersättningsprinciper är inte en engångsåtgärd utan kräver kontinuerlig uppföljning. I praktiken visar det sig ofta att de verkliga effekterna av införandet inte helt överensstämmer med vad som förväntas. Detta beror på

att de ekonomiska incitament ersättningen medför endast utgör en liten del av allt som motiverar de som arbetar i verksamheten.

Både i Sverige och utomlands kan noteras ett ökat intresse för resultatbaserad ersättning i kombination med andra ersättningsformer. Intresset verkar ofta inriktat mot en tredelad modell där anslag (lön) eller kapitation i kombination med ersättning per produktgrupp utgör grunden men där resultatbaserad ersättning är ”grädden på moset”. Praktiska intressanta erfarenheter av resultatbaserad ersättning i kombination med andra typer av ersättning finns också under utveckling. Den allra senaste tiden med ambitioner kring en större mångfald av vårdgivare, resonemang om friare etableringsformer mm, har lett till att alla dessa frågor kring utvecklingen av ersättningssystemen fått ökat fokus.

## **Viktigast: Att tro på det man gör**

Viktigast av allt när det gäller effektiv produktion är sannolikt ändå att ledningen är intresserad och tror på det man gör (intern motivation även här). Det måste också få vara politiskt legitimt att fördela resurser som inte anses kunna hanteras av generella modeller. Det finns troligen ingen modell som på ett fullständigt sätt kan ge utrymme för alla politiska prioriteringar inom ett landsting.

# Slutsatser

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



## Litteratur och referenser

- Aidemark, L-G. (2001) *The meaning of balanced scorecards in the health care organisation*. Financial Accountability & Management, vol. 17: 1, ss. 23–40.
- Aidemark, L-G. (2005) *Konkurrens och Samverkan – Att använda Balanced Scorecard vid privatiseringen av ett sjukhus*. Uppsats presenterad vid: The 18 th Scandinavian Academy of Management.
- Alfredsson, I., Bergh, A., Gustafsson, S., Ljungberg, G., Olsson, C. & Rönnqvist, L-O. (1995) *Nu utvärderar vi Bohusmodellen. Delprojekt, produktivitet, kostnadseffektivitet och totalkostnadskontroll. Slutrapport*. Göteborg, Bohuslandstinget, rapport 13.
- Altman, S.H. & Young, D. A. (1993) *A decade of Medicare's prospective payment system – success or failure?* The Journal of American health policy, vol.3: 2, ss.11–9.
- Anell, A. (1994) *Sjukhusens kontrakt. Från anslag till intäkter*. Institutet för hälso- och sjukvårds-ekonomi. SNS, Lund.
- Anell, A. & Svarvar, P. (1995) *Ekonomiska styrformer i hälso- och sjukvården: utvecklingslinjer och lärdomar för framtiden. I Den planerade marknaden. Om nya styrformer i hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:7. Gotab, Stockholm
- Bergman, S.E. & Dahlbäck, Ulla. (2001) *Ersättningsmodeller – En kartläggning inom hälso- och sjukvården*. CHSA Rapport nr 2, 2001.
- Bailit Health Purchasing, LLC. (2002) *Provider incentive models for improving quality of care*. National Health Care Purchasing Institute.
- Bodenheimer, T., May, J., Berenson, R. & Coughlan, J. (2005) *Can money buy quality? Physician response to pay for performance*. Issue Brief - findings from HSC, nr. 102 December.
- Carlsson, P. *Vad menas med styrning av hälso- och sjukvård? I Den planerade marknaden. Om nya styrformer i hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:7. Gotab, Stockholm
- Charpentier, Clas. & Samuelsson, L. (2000) *Effekter av en sjukvårdsreform. En analys av Stockholmmodellen*. Handelshögskolan i Stockholm: EFI, Ekonomiska forskningsinstitutet.
- Chulis, G.S. (1991) *Assessing Medicare's prospective payment system for hospitals*. Medical care review, vol 48: 2, ss. 167–206.
- Coulam, R.F. & Gaumer, G.L. (1991) *Medicare's prospective payment system: a critical appraisal*. Health Care Financing Review, Supplement, vol. 13: 2, ss. 45–78.

- Cromwell, J. & Puskin, D. (1989) *Hospital productivity and intensity trends: 1980–87*. *Inquiry*, vol. 26: 3, ss. 366–380.
- Davis, C. & Rhodes, D.J. (1988) *The impact of DRGs on the cost and quality of health care in the United States*. *Health Policy*, vol 9: 2, ss.117–31.
- Deci, E. & Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivations and self-determination in human behaviour*. New York: Plenum Press.
- Den politiska och ekonomiska styrningen av hälso- och sjukvården inom Region Skåne under åren 1999–2002 – Slutrapport*. (2003) Inregia AB i samverkan med Vasco Advisers AB.
- Docteur, E. & Oxley, H. (2003) *Health-care systems: lessons from the reform experience*. OECD Health Workin Papers 9.
- Douma, S. & Schreuder, H. (1992) *Economic approaches to organizations*. London: Prentice Hall.
- Dudley, R.A., Frolich, A., Robinowitz, D.L., Talavera, J.A., Broadhead, P. & Luft, H.S. (2004) *Strategies to Support Quality-Based Purchasing: A Review of the Evidence*. Rockville, Md: Agency for Healthcare Research and Quality: Technical Review 10:AHRQ publication 04-0057.
- Eastaugh, S.R. (1987) *Has PPS affected the sophistication of cost accounting?* *Healthcare financial management*, vol. 41:11, ss. 50–53.
- Endsley, S., Kirkegaard, M., Baker, G. & Murcko, A.C. (2004) *Getting rewards for your results: Pay-for-performance programs*. *Family practice management*, mars. ss. 45–50
- Feder, J., Hadley, J. & Zuckerman, S. (1987) *How did Medicare's prospective payment system affect hospitals?* *New England Journal of Medicine*, vol. 317: 14, ss.867–73.
- Forsberg, E. (2001) *Do financial incentives make a difference?* Uppsala Universitet. Acta universitatis upsaliensis.
- Forsberg, E., Axelsson, R. & Arnetz, B. (2004) *The relative importance of leadership and payment system. Effects on quality of care and work environment*. *Health Policy*, vol. 69: 1, ss. 73–82.
- Frey, B. (2002a) *Not just for the money*. Cheltenham. Edward Publishing.
- Frey, B. (2002b) *How does pay influence motivation?* I Frey, B. & Osterloh, M. (red). *Successful management by motivation – Balancing intrinsic and extrinsic incentives*. Berlin. Springer.

- Frey, B. & Osterloh, M. (2002) *Motivation – A dual-edged factor of production* | Frey, B. & Osterloh, M. (red.) *Successful management by motivation – Balancing intrinsic and extrinsic incentives*. Berlin: Springer.
- Förslag till utvecklad resursfördelningsmodell i Örebro läns landsting (2005) Örebro läns landsting. Hälsokansliet.
- Godsen m.fl. (2003) *Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians (Cochrane Review)*. | The Cochrane Library, vol 4. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Groot, T. (1999) *Budgetary reforms in the non-profit sector: a comparative analysis of experiences in health care and higher education in the Netherlands*. *Financial Accountability & Management*, vol.15: 3 & 4, ss. 353–376.
- Grufman Reje management (2004) *Rapport avseende: Utvärdering av entreprenaddriften av sjukvården i Simrishamn*.
- Hallin, B. & Siverbo, S. (2002) *Jakten på den goda styrningen – En kunskapsöversikt kring styrning och organisation inom hälso- och sjukvården*. CHSA Rapport Nr 3.
- Hansen, DG. (1997) *Worker performance and group incentives: A case study*. *Industrial & labour relations review*, vol.51. ss. 37–49.
- Hays, S. (1999) *Pros & cons of pay for performance. Are pay-for-performance programs good for the company or bad for morale?* *Workforce*, Feb. ss. 68–72.
- Heland, von. H., Billfalk, M., Endredi, A. & Molin, H. (2002) *Hälso- och sjukvårdens ersättnings-system. Granskning av ersättningsystem inom vården*. Revisionsrapport Ernst & Young.
- Henley, E. (2005) *Pay-for-performance: What can you expect?* *The Journal of Family Practice*, vol. 54: 7, ss. 609–612.
- House of Commons Public Administration Select Committee (2003) *On Target? Government by Measurement*. The Stationery Office, London.
- Jacobsson, F. (2005) *Den barmhärtige ekonomiten – Effektivitets och rättviseaspekter på altruism och hälsa*. Diss Linköpings Universitet. Unityck.
- Jacobsson, F., Johannesson, M. & Borgquist, L. (kommande 2007) *Is Altruism Paternalistic?* *Economic Journal*.
- Jegers, M., Kesteloot, K., De Graeve, D. & Gilles, W. (2002) *A typology for provider payment systems in health care*. *Health Policy*, vol. 60: 3, ss. 255–273.
- Jonsson, E. (1991) *Effekter av konkurrens i offentlig tjänsteproduktion*. | Arvisson, G. & Jönsson, B. red, *Valfrihet och konkurrens i sjukvården*. Stockholm, SNS förlag.
- Jonsson, E. (1994) *Har den s.k. Stockholmsmodellen genererat mer vård för pengarna?* Stockholm: IKE, rapport 48.
- Jonsson, E. (1995) *Har den s.k. Dala- respektive Örebromodellen genererat mer vård för pengarna? En jämförande utvärdering i sammanfattning*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Jonsson, E. (1996) *Effektivitetsstudier i landstingen*. Stockholm: Socialstyrelsen, AU.

- Jones, D. & Kato, T. (1995) *The productivity effects of employee stock-ownership plans and bonuses*. *American Economic Review*, vol. 85:3, ss. 391–415.
- Kaplan, R. & Norton, D. (1992) *The Balanced Scorecard - measures that drive performance*. *Harvard Business Review*, vol. 70 : 1, ss. 71–79
- Kaplan, R. & Norton, D. (1996) *The Balanced Scorecard – Translating strategy into action*. Boston, Mass. Harvard Business School Press
- Kaufman, RT. (1992) *The effects of improshare on productivity*. *Industrial & labor relations review*, vol. 45:2, ss. 311–322.
- Kluger, A.N. & DeNisi, A. (1996) *The effects of feedback interventions on performance: a historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory*. *Psychological Bulletin*, vol. 119:2, ss. 254–284.
- Krasnik, A. m.fl. (1990) *Changing remuneration systems: effects on activity in general practice*. *BMJ*, vol. 300 ss. 1698-1701.
- Kron, B. (2002) *Ersättningsystem för sjukhusens öppenvård*. Västra Götalandsregionen. Enheten för Analys- och utvärdering.
- Kruse, DL. (1993) *Profit sharing: Does it make a difference?* Kalamazoo, Mich: W.E. Upjohn Institute for Employment Research.
- Lindvall, S. (2004) *Projekt Kraftsamling – Resursfördelning och ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvården*. Arbetsrapport. Sveriges Kommuner och Landsting.
- Le Grand, J. (2003) *Motivation, agency, and public policy – Of knights & knaves, pawns & queens*. Oxford. University press.
- Luft, H. S. & Miller R.H. (1988) *Patient selection in a competitive health system*. *Health Affairs* vol. 7, ss. 97–119.
- Maarse, H., Rooijackers, D. & Duzijn, R. (1993) *Institutional responses to Medicare's prospective payment system*. *Health Policy*, vol. 25. 3, ss. 255–70.
- Marshall, M & Smith, P. (2003) *Rewarding results: Using financial incentives to improve quality*. *Quality and Safety in Health Care*, vol. 12, ss. 397–398
- McGuire, A., Henderson, J. & Mooney, G. (1988) *The economics of health care – An introductory text*. London & New York. Routledge.
- McNamara, P. (2005) *Quality-based payment: six case examples*. *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 17:4. ss. 357–362.
- Med-Vantage, Inc. (2004) *Provider pay-for-performance incentive programs: 2004 national study result*. (Elektronisk resurs) Tillgänglig (20051101):  
<[http://www.medvantageinc.com/Pdf/MV\\_2004\\_P4P\\_National\\_Study\\_Results-Exec\\_Summary.pdf](http://www.medvantageinc.com/Pdf/MV_2004_P4P_National_Study_Results-Exec_Summary.pdf)>.
- Olsson, Lena. & Thorling, Jan. (2005) *Ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvården – En uppföljning av tidigare kartläggning*. CHSA Rapport Nr 17.

- Ouchi, W. (1979) *A conceptual framework for design of organizational control mechanisms*. Management Science, vol. 25: 9, ss. 833–848.
- Pettersen, I.J. (1999) *Accountable management reforms: Why the Norwegian hospital reform experiment got lost in implementation*. Financial Accountability & Management, vol. 15: 3&4, ss. 377–396.
- Petty, M.M., Singleton, B. & Connell DW. (1992) *An experimental evaluation of an organizational performance: a time series analysis of the effects of merit pay*. Journal of applied psychology, vol. 77: 4, ss.427–436.
- Prendergast, C. (1999) *The provision of incentives in firms*. Journal of Economic Literature, vol. 37:1, ss. 7–63.
- Robinson. J. C. (2001) *Theory and practice in the design of physician payment incentives*. The Milbank Quarterly, vol.79 :2. ss. 149–177.
- Rosenthal, M., Frank, R., Li, Zhonghe. & Epstein, A. (2005) *Early experience with pay-for-performance – from concept to practice*. JAMA, vol. 294:14, ss. 1788–1793.
- Russell, L.B. & Manning, C.L. (1989) *The effect of prospective payment on Medicare expenditures*. New England Journal of Medicine, vol. 320:7, ss. 439–44.
- Rynes, S., Gerhart, B. & Parks, L. (2005) *Personnel psychology: Performance evaluation and pay for performance*. Annual Review of Psychology, vol. 56, ss. 571–600.
- Safran, DG m.fl. (2000) *Organizational and financial characteristics of health plans: are they related to primary care performance?* Archives of internal medicine. Vol, 160:1 ss. 69–76.
- Siverbo, S. & Kastberg, G (2005) *Activity based financing of health care. Experiences from Sweden*. School of Public Administration's Working Papers. Göteborgs Universitets.
- Sjukhusens ersättningsssystem* (2005) Västra Götalandsregionen Hälso- och sjukvårdsavdelningen Analysenheten.
- Sloan, F.A., Morrissey, M.A. & Valvona, J. (1988) *Effects of the Medicare prospective payment system on hospital cost containment: an early appraisal*. Milbank quarterly, vol. 66: 2, ss. 191–220.
- Smith, P.C. (2002) *Performance management in British health care: Will it deliver?* Health Affairs, vol. 21:3, ss. 103–115.
- Smith, P.C. (2005) *Performance measurement in health care: History, Challenges and prospects*. Public Money and Management, vol. 25, ss. 213–220.
- Smith, P.C. & York, N. (2004) *Quality incentives: The case of U.K. general practitioners*. Health Affairs, vol. 23, ss. 112–118.
- SOU 1996:91 *Den privata vårdens omfattning och framtida ersättningsformer – En översyn av de nationella taxorna för läkare och sjukgymnaster*. Stockholm. Fritzes.
- The National Committee for Quality Assurance (NCQA). (Elektronisk resurs). <http://www.ncqa.org/>. Tillgänglig 20061024.
- Titmuss, R. (1971) *The gift relationship*. London, Allen and Unwin.

- Törnqvist, H. (1999) *Nya ekonomiska styrformer – bakgrund, utformning och effekter*. I SOU 1999:66 *De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården – vad hände med ekonomi, arbetsmiljö och demokrati?* Stockholm, Socialdepartementet.
- U.K. Department of Health. (2003) *Investing in General Practice: The New GMS Contract*. London: DoH,
- Viklund, B., Lassen-Nielsen, A. & Ståhl, C. (2006) *Mycket mer än bara pengar – Det balanserade styrkortet som dynamiskt ledningsverktyg*. Stockholm, Sveriges kommuner och landsting.
- Wagner, JA., Rubin, PA. & Callahan TJ. (1988) *Incentive payment and nonmanagerial productivity - An interrupted time-series analysis of magnitude and trend*. *Organizational behaviour and human decision processes*, vol. 42:1, ss. 47–74
- Waters, H. & Hussey, P. (2004) *Pricing health services for purchasers – a review of methods and experiences*. *Health Policy*. vol. 70, ss. 175–184
- Weiss, A. (1987) *Incentives and work behaviour*. i *Information, Incentives and risk sharing*. Haig Nalbantian, red. Towota, N.J: Rowan & Littlefield.
- World Health Organization [WHO]. *World health report 2000 – health systems: improving performance*. Geneva: WHO: 2000.

## Utveckling av ersättningsystem inom hälso- och sjukvård

**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 anknyter till budgetstyrningen och som framförallt bidragit till en god kostnadskontroll. Satsningen på andra typer av styrmedel har bidragit till kvalitet och måluppfyllelse.

Hälso- och sjukvården står nu inför starka krav på utveckling, förnyelse och effektivisering för att möta de framtida utmaningarna. Sjukvårdens ersättningsystem 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.

De senaste femton årens utveckling av sjukvårdens ersättningsmodeller har gett erfarenheter av olika ersättningsystem. 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 avser att på ett övergripande sätt beskriva resomång kring olika ersättningsystem samt en del av de erfarenheter som samlats kring landstingens arbeten inom området.

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 978-91-7164-353-7

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@skl.se](mailto:info@skl.se), [www.skl.se](http://www.skl.se)

*Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet i samverkan*