

Sammanfattning

Utformning och effekter av ersättningsprinciper inom hälso- och sjukvården är ett område som fått förhållandevis stor uppmärksamhet av forskare. Det hänger samman med att utformningen av den ersättning som går till olika vårdgivare uppfattas som ett viktigt styrmedel som påverkar incitamenten och prioriteringarna i vården. I ett historiskt perspektiv finns också en koppling mellan hur ersättningen utformats och vilka problem och lösningar som varit tongivande under olika tidsperioder. För att lösa problem med kostnadskontroll inom svensk hälso- och sjukvård under 1980-talet infördes fasta rambudgetar för kliniker och vårdcentraler. För att främja produktivitet och kostnadseffektivitet under 1990-talet infördes i stället ersättning baserat på volymen prestationer.

Med tanke på den senaste tidens utveckling mot öppna jämförelser, diskussioner om brister i vårdens kvalitet och gapet mellan vårdpraxis och evidensbaserade metoder är det därför inte förvånande att ersättningsprinciperna utvecklas på nytt. De nya ambitionerna är att koppla samman den ekonomiska ersättningen till sjukhus och primärvård med verksamhetens kvalitet och måluppfyllelse, s.k. målbaserad ersättning. Tidigare har ersättningen kopplats till resursinsatser eller prestationer i form av exempelvis besök eller vårdtillfällen. Med en målbaserad ersättning riktas uppmärksamheten mot graden av måluppfyllelse och det värde som genereras för pengarna. En målbaserad ersättning anknyter även till ambitioner att styra vården utifrån evidensbaserade kunskaper om vilka metoder i vården som är effektiva. Utgångspunkten är att det inte alltid är tillräckligt att redovisa skillnader mellan vårdgivare för att få en positiv utveckling. Erfarenheter tyder på att gapet mellan evidens och praxis kan kvarstå trots en ökad transparens. Genom att ge extra resurser till de vårdgivare som uppnår definierade mål, alternativt

hota med en indragen ersättning om målen inte nås, finns förhoppningar om ytterligare stimulans till en positiv utveckling med hjälp av ekonomiska incitament.

En målbaserad ersättning används redan inom svensk hälso- och sjukvård, främst inom primärvården men även för sjukhusvård och vid fördelning av statsbidrag till landstingen. Det finns också intresse av att utveckla principerna ytterligare även om osäkerheten om hur ersättningen bör utformas är förhållandevis stor. Många intressenter vill dessutom vara med och påverka utvecklingen. Det gör det angeläget att ta fram en kunskapsöversikt som kan ge stöd för det fortsatta utvecklingsarbetet.

Den litteraturgenomgång som redovisas i rapporten baseras på en sökning i fyra relevanta databaser (Pubmed, HEED, NHS-HEED samt Econlit) som resulterade i drygt 1 000 träffar och en granskning av 75 artiklar i fulltext. Målbaserad ersättning, eller "pay-for-performance" (P4P) som det kallas i internationell litteratur, används i flertalet länder. I stort sett alla studier om effekter kommer dock från brittisk primärvård och hälso- och sjukvården i USA. Trots helt skilda förutsättningar är det intressant att notera att erfarenheterna från dessa länder är ganska lika. Hittills har den målbaserade ersättningen så vitt man har kunnat bedöma gett förhållandevis blygsamma kvalitetsvinster. I många studier har det varit svårt att särskilja effekterna av målbaserad ersättning från andra parallella förändringar. Det gäller särskilt i USA där målbaserad ersättning införts parallellt med öppna jämförelser av vårdgivares kvalitet.

I Storbritannien har de flesta mottagningar i primärvården fått del av den målbaserade ersättningen. Det är på sätt och vis en tydlig indikation på att vårdgivarna påverkats av de ekonomiska incitamenten. Mycket tyder dock på att man lyckades nå målen genom i första hand förbättrad dokumentation och att de initiala målnivåerna var enkla att nå. Den tydligaste effekten är snarast att allmänläkarnas inkomster ökat. Det finns viss evidens för att vården till patienter med kronisk sjukdom förbättrats, främst i form av kontroller för diabetespatienter. De intervjustudier som gjorts tyder även på att verksamheten har förändrats. För att tillgodose den målbaserade ersättningens krav på dokumentation av åtgärder har agendan under varje patientbesök förskjutits mot ett protokoll som styrs av det målbaserade programmet snarare än patientens egen situation. Även om vården förändrats mot en

bättre följsamhet till de riktlinjer som finns är därför vinsterna för patienterna mera osäkra.

Även i USA är erfarenheterna att effekterna av målbaserad ersättning i de flesta fall varit blygsamma. I många program förefaller också frånvaron av tydliga effekter som helt logisk eftersom den målbaserade ersättningen är liten och endast berört ett fåtal av vårdgivarnas patienter. Trots bristen på tydliga effekter utvecklas programmen vidare. I likhet med utvecklingen inom brittisk primärvård får resultatmål successivt en större tyngd, på bekostnad av den tidigare dominansen av processmål. Utvecklingen i USA har också väckt andra frågor. Många finansiärer anser att den grundläggande ersättningen till vårdgivare behöver ändras i riktning mot fast ersättning för hela vårdepisoder eller individer, snarare än den traditionella ersättningen baserat på volymen åtgärder.

Även om de höga förväntningarna inte infriats kvarstår intresset för "pay-for-performance". Det finns en utbredd uppfattning bland främst praktiker men även forskare att frånvaron av tydliga effekter förklaras av att man ännu inte lyckats med utformningen. Utifrån den analys som presenteras i denna rapport kan också konstateras att det finns många frågor att besvara i samband med en utformning av målbaserad ersättning:

- Vilka är problemen?
- Vilka mål och indikatorer bör väljas?
- Hur svåra ska målen vara att nå?
- Vilken ersättningsnivå krävs för att ändra beteendet?
- Vem ska ta emot ersättningen?
- Finns alternativa sätt att nå målen?

Målbaserad ersättning är således ingen enkel lösning utan kräver en genomtänkt strategi där svaren på de frågor som listas ovan beror på vad man vill uppnå. En nödvändig förutsättning för att lyckas är därför att man identifierat de problem man vill lösa. Erfarenheter visar att målbaserad ersättning i praktiken ofta gått till de enheter som redan har bra kvalitet och måluppfyllelse. Om syftet i stället är att stimulera till förbättringar i verksamheten krävs kunskaper om utgångsläget och inte minst variationer mellan vårdgivare. Vilka problem finns sett till målen för verksamheten? Finns problemen hos alla vårdgivare eller enbart några få? Utan sådana kunskaper är det inte möjligt att avgöra vilken typ av mål som ska fokuseras. Man kan inte heller bedöma vilka ersättningsnivåer som krävs för

en förändring eller utforma ersättningen så att de vårdgivare man vill påverka berörs.

Utvecklingen av målbaserad ersättning ska också betraktas som en process där de mål och ersättningar som ingår i programmen måste utvecklas i takt med förändringar i praxis. Den närmare utformningen av målbaserad ersättning kommer därför att baseras på lokala förutsättningar. Det finns dock betydande samordningsvinster på nationell nivå när det gäller att ta fram ett övergripande kunskapsstöd om vilka mål och indikatorer som kan användas och inte minst vid utveckling av kvalitetsregister och uppföljningssystem.

Som beskrivs i rapporten finns flera olika möjliga mål att koppla ersättningen till. Val av mål och indikatorer kan i sin tur diskuteras utifrån olika frågeställningar:

- Ska man välja mål på övergripande systemnivå eller på klinisk nivå?
- Ska målen fokusera enskilda diagnoser eller nytta för bredare patientgrupper?
- Ska målen avse processer eller resultat?
- Ska målen vara många eller få?

Beroende på vilka och hur många mål som väljs påverkas kraven på förberedelser och de ekonomiska incitamenten. Sannolikheten för att rätt vårdgivare belönas blir också mer eller mindre stor. På en övergripande nivå påverkas också syftet med målbaserad ersättning. Målbaserad ersättning med fokus på övergripande systemmål blir i första hand ett styrinstrument för politiska prioriteringar. Målbaserad ersättning kan också vila på vetenskaplig grund om syftet är att främja en spridning av evidensbaserade metoder. Om det är mera osäkert vilka metoder som är bäst för att nå målen kan målbaserad ersättning även utformas så att det främjar lokala innovationer och utveckling av nya arbetssätt.

Det finns således inget generellt svar på vilken typ av mål som är att föredra. På sikt bör dock utformningen av målbaserad ersättning i svensk hälso- och sjukvård kunna fokusera mer på resultatmål och verklig patientnytta. Även om resultatmål också medför nackdelar finns stora fördelar på så sätt att vårdgivare uppmuntras till utveckling av nya arbetssätt för att nå målen utifrån professionens egen kompetens. En målbaserad ersättning baserad på resultatmål kan på så sätt ge stöd för innovationer. Processmål,

som baseras på att vårdgivare ska genomföra vissa evidensbaserade metoder eller åtgärder, kan i huvudsak uppnås på annat sätt, t.ex. via ackreditering eller direkta krav på verksamheten, och fyller främst funktionen att på kort sikt identifiera de vårdgivare som har mest att vinna på en förbättring.

Även med en långsiktig inriktning på resultatmål kan en målbaserad ersättning utformas på många olika sätt. Det går därför inte att säga något bestämt om de kostnader och effekter som kommer att uppstå. Effekterna beror också på vilka insatser som sätts in parallellt med målbaserad ersättning. Om resultatmål kombineras med kunskapsstöd och en organisationskultur som främjar innovationer och förbättringsarbete blir effekterna förmodligen större än om resultatmålen införs isolerat. Nyttan av en sådan målbaserad ersättning är dock inte självklar och frågan om målbaserad ersättning är kostnadseffektivt eller inte kan bara besvaras genom utvärderingar. Det är också genom fler svenska utvärderingar som vi kan få bättre kunskaper om hur målbaserad ersättning bör utformas.

En misslyckad användning av målbaserad ersättning kan i värsta fall leda till undanträngningseffekter så att den verkliga kvalitén för patienterna försämras jämfört med utgångsläget samtidigt som den dokumenterade kvalitén visar på förbättringar. Vården belönas i tron att den blivit bättre, trots att utvecklingen i praktiken går åt fel håll. Exempel på när en sådan situation skulle kunna uppstå är om vårdgivare väljer bort komplexa patienter för vilka det är svårare att nå målen eller om vården blir helt styrd av processmål och protokoll snarare än ett intresse för patienters individuella behov.

Även om det finns risker med en fortsatt utveckling av målbaserad ersättning finns det också risker med att låta allt vara som tidigare. I svensk offentligt finansierad hälso- och sjukvård ersätts olika vårdgivare i huvudsak genom fasta anslag. Olika vårdgivare får i huvudsak samma ersättning oavsett verksamhetens kvalitet. Utifrån denna praxis kan målbaserad ersättning betraktas som ett angeläget tillskott i syfte att främja måluppfyllelse och hög kvalitet med hjälp av riktade ekonomiska incitament. En ensidig fokusering på kostnader och resurser i styrningen undviks. Med målbaserad ersättning finns förvisso alltid risk att fel enheter belönas och/eller att angelägna mål som inte belönas trängs undan. De principer som utvecklas kommer aldrig att vara perfekta. Utan målbaserad ersättning kan man dock vara säker på att fel enheter

belönas eftersom alla enheter får samma ersättning oavsett måluppfyllelse.