

# Enkla och långsiktiga regler bör gälla för ersättningsystemen i primärvården

Ersättningsystemen i primärvården har rönt stor uppmärksamhet. Med enkla och långsiktiga regler bör den pågående reformen kunna bli framgångsrik och resultera i bättre hälsa och bättre avkastning.

Vanligast är att ersättningen till vårdgivarna utgår i form av kapitation (vårdpeng). Det finns dock flera andra ansatser eller modifieringar. Få landsting använder sig enbart av en vårdpeng som grund för ersättningen [1-3]. En modifiering är att ersättningen, åtminstone till en del, baseras på antalet besök och på vårdens innehåll. En annan är ersättning på basis av prestation, och en tredje är att vårdpengen differentieras med hänsyn till patienternas vårdtyngd. Min åsikt är att de olika formerna är onödiga och inte ändamålsenliga och att vårdpengen är den enda vettiga ersättningsformen. För att utveckla och underbygga mina påståenden måste man se den pågående vårdreformen i ett större och längre perspektiv.

Lagen om valfrihetssystem som trädde i kraft i januari 2010 innebär att det råder etableringsfrihet för tillhandahållande av vårdtjänster i primärvården. Samhället bestämmer alltså hur mycket resurser som ska ställas till förfogande, priserna och subventionerna, medan produktionen kan ske i konkurrens och tillhandahållas av privata leverantörer.

Det är också samhället som bestämmer målet för vården,



**NILS BRUZELIUS**  
fil dr, docent i nationalekonomi; verksam som konsult i egen regi, Lund  
nils.bruzelius@euromail.se

medan vårdgivarna bestämmer hur den ska genomföras. Det vårdavtal som vårdgivaren måste ingå med landstinget innehåller ett omfattande regelverk som bland annat anger de kvalitetskrav vården måste uppfylla.

Reformen innebär bland annat att transparensen i primärvården påtagligt förbättras och att ett belöningsystem införts för att främja bättre resultat. Målet kan ses som att primärvårdens uppgift är att förbättra hälsotillståndet (maximalt) med en given tillgång på resurser. Två villkor kan formuleras för att reformen ska fungera väl i ett längre perspektiv:

- Det måste bli möjligt att formulera det övergripande målet på ett sätt som kan mätas på ett entydigt sätt.
- De regler som bestämmer ersättningen till vårdgivarna måste ligga fast i ett längre perspektiv och får inte styra valet av vård och hur den ska utföras.

I dag går det inte att mäta det grundläggande målet på ett objektivt sätt. I stället används indikatorer. Ofta tycks landstingen se de angivna värdena på indikatorerna som tillfälliga: nya (skarp) värden ska preciseras senare.

Den nuvarande ansatsen och aktuella indikatorer kan inte tillämpas alltför länge, då man kan förvänta sig att vårdcentralerna åtminstone i viss utsträckning kommer att sträva efter att enbart uppfylla angivna värden på indikatorerna och därefter inrikta sig på att ge en så billig vård som möjligt. Det är med andra ord möjligt, om inget görs för att utveckla målstyrningen, att reformen i huvudsak leder till att hälsotillståndet blir i stort sett oförändrat, men att vården blir mer kostnadseffektiv.

Avkastningen kommer då i

första hand att tillfalla dem som äger och arbetar på vårdcentralerna. Konkurrensen mellan vårdgivare kan dock leda till att servicenivån förbättras, en förändring som i första hand gynnar vårdtagarna.

För att reformen ska nå längre måste kraven på vårdcentralerna öka över tiden på ett sådant sätt att det också ligger i vårdgivarnas långsiktiga (vinst-)intresse. För att detta ska bli möjligt måste förbättrad hälsa kunna mätas och avläsas. Dessutom måste förbättrad hälsa hos en vårdcentral patienter medföra att anspråken på vårdresurser minskar i ett längre perspektiv (allt i övrigt lika). Detta är en av de grundbultar som reformen kan sägas vila på.

Goda nyheter är att framsteg görs på området att mäta förbättrad hälsa. Utvecklingsarbetet tar sin utgångspunkt i begreppet »capability», det vill säga individens förmåga (eller potential). Mycket tyder på att det inom en 5-årsperiod blir möjligt att på detta sätt börja mäta huruvida hälsotillståndet är på väg att förbättras (allt i övrigt lika) för patienter tillhörande en specifik vårdcentral [4].

Givet tolkningen ovan av hur målet för vårdgivarna bör formuleras och mätas kan svar lämnas på frågan hur ersättningsystemet bör utformas. Det grundläggande problemet med prestationsrelaterad ersättning är att den implicit bygger på antagandet att vårdgivarens ekonomiska incitament måste förstärkas. Varför är oklart. De incitament som den nya värvalsmodellen ger upphov till – ersättning i form av vårdpeng – torde vara

starka och har på kort sikt sin grund i följande tre faktorer:

- konkurrensen mellan existerande vårdgivare.
- den potentiella konkurrensen genom hotet om nya aktörer på marknaden.
- ökad avkastning genom kostnadseffektivare vård.

De två första faktorerna gör det svårt för en vårdgivare att slarva med kvaliteten och kan dessutom förväntas leda till ökad fokusering på att göra vården lättillgänglig för vårdtagarna. För att den nya värvalsmodellen ska fungera väl bör blicken i första hand fästas på uppdragsgivaren, inte på vårdgivarna. Verkningskraften i ovan angivna förhållanden bestäms av landstingens ambitioner vad gäller marknadens effektivitet. Landstingen måste underlätta för nya aktörer att etablera sig och för existerande aktörer att expandera. Den tredje faktorn växer fram naturligt men kommer sannolikt att stimuleras om marknaden kännetecknas av konkurrens och innovation.

En viktig förutsättning för att den nya modellen ska fungera är att den leder till delegering under ansvar. Med andra ord är det ytterst vårdgivarna som utifrån resultatkravet bestämmer hur vårdproduktionen ska ske och hur kvaliteten ska säkras. Att betala specifikt för att vissa indikatorer uppfylls innebär att relationen mellan uppdragsgivaren

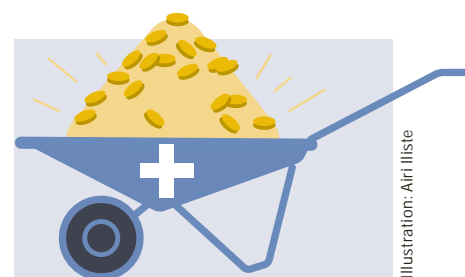


Illustration: Airi Ilste

»I ett längre perspektiv förstärks de ekonomiska incitamenten ytterligare genom att vårdgivarna tydligare kommer att kunna utläsa resultatet av sina vårdinsatser ...«

vare och uppdragstagare blir mindre transparent och vittnar om en kläffingrighet som kan visa sig vara skadlig. Dessutom kan prestationsbaserade ersättningar bädda för framtida problem då de kan framkalla ett strategiskt beteende hos vårdgivarna. Har ett prestationsbelöningsystem en gång införts finns risk för att krav kommer att ställas på att nya prestationer ska belönas och kanske i större utsträckning än hittills.

I ett längre perspektiv förstärks de ekonomiska incitamenten ytterligare genom att vårdgivarna tydligare kommer att kunna utläsa resultatet av sina vårdinsatser, vilket kommer att styra dem mot att uppnå bättre hälsa hos de listade patienterna. Som nämnts kan förbättrad hälsa förväntas leda till lägre kostnader för vården.

På likartade grunder kan ersättningssystem som beaktar antalet besök i primärvården förkastas. Med en fungerande konkurrens och en effektiv marknad är det svårt att tänka sig att kapitation kan leda till att vårdgivare strävar efter att minska antalet besök, utan hänsyn till effekterna på vårdkvaliteten. En sådan strategi kan inte överleva. Om reformen ska leda till ett gott resultat bör den på längre sikt innebära att antalet besök kan minskas (allt i övrigt lika).

Så till den tredje frågan, den om vårdpengen ska bestämmas av värdtyngden. Även en sådan ersättningsform måste anses diskutabelt, därför att den kan ge fel signal. Vårdgivarna bestämmer hur en sjukdom ska klassificeras, och

mått på värdtyngd är sålunda inte en oberoende faktor. Om ett mått på värdtyngd ligger till grund för ersättningen finns risk för att vårdgivarna belönas för att de bidrar till ökad efterfrågan.

Däremot anser jag att vårdpengen bör differentieras med hänsyn till socioekonomiska förhållanden. En värdcentral kan inte och ska inte kunna påverka sammansättningen av dem som listar sig med avseende på kön, ålder etc. Socioekonomiska förhållanden är dessutom den faktor som till syvende och sist förklarar variationerna i efterfrågan på vård.

Avslutningsvis bör några ord sägas om ersättningen över tiden. Jag har förordat en renodlad vårdpeng, differentierad med hänsyn till socioekonomiska förhållanden. Vårdpengen bör dessutom vara oförändrad under en längre tidsperiod (4 till 5 år). Där emot bör man överväga att knyta vårdpengens förändring från ett år till ett annat till sjukvårdens produktionskostnadsindex, men inte nödvändigtvis så att förändringen är direkt proportionell.

Med så enkla och långsiktiga regler finns det all anledning att anta att reformen blir framgångsrik och resulterar i bättre hälsa och bättre avkastning med de resurser som satsas på vården.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

#### REFERENSER

1. Anell A. Vårdval på gång i dagens primärvård. Stora skillnader mellan olika modeller och stort utvecklingsbehov. Läkartidningen. 2008;105:2007-10.
2. Anell A. Målrelaterad ersättning i primärvården – Kartläggning av mål/indikatorer och former för ersättning hösten 2009. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting; 2009.
3. Uppföljning av vårdval i primärvården. Landstingens värddvalssystem och erfarenheter. Stockholm: Konkurrensverket; 2010. Konkurrensverkets rapportserie 2010:2.
4. Gudbjörnsdottir S, Roos P, Löfgren UB, Olsson D, Ödegaard F. Diabetes och hälsorelaterad livskvalitet. DiabetologNytt. 2010;23(4):134-42.

## kommentar:

# Vården är inte en normal tjänstemarknad

■ Jag kan hålla med Nils Bruzelius om att stabila ersättningsmodeller är att föredra. Jag kan dock inte hålla med om att ersättning via värdpeng, socioekonomi och hälsa är den rätta formeln. Debattören förkastar ersättningar baserade på vårdens innehåll, på prestation och värdtyngd, vilket jag kan tycka är att kasta ut barnet med badvattnet.

Vårdpengen är viktad efter ålder och kön på ett sätt som ska spegla den förväntade sjukligheten. Här ligger en svårighet då i stort sett alla parametrar för ersättning samvarierar med sjuklighet. Matematiskt kan man då hävda att det räcker med en ersättning, men man glömmer då att olika ersättningar styr mot olika mål.

En ersättningsform som styr tillräggheten är besöksersättningen, som skiljer stort mellan Stockholm med en hög ersättning och Västra Götalandsregionen med en låg. Det har, vad jag vet, aldrig riktigt gått att få klarhet i vilket system som är bäst för patienter: många korta besök under ett år, som i t ex Holland, eller ett längre besök av traditionell svensk primärvårdsmodell.

Det finns också olika prestationsersättningar, enligt »pay for performance« eller »P4P«. Dessa modeller är i sig svåra att utforma och kan leda fel, men de kan också medföra att vården av patienter med kronisk sjukdom förbättras.

Den ersättningsmodell som har mest evidens är värdtyngd, som räknas ut från en kombination av diagnoser, ålder och kön. ACG-systemet (adjusted clinical groups) har i otaliga publikationer, även svenska, visat sig spegla värdcentralernas skilda värdkostnader. Att ställa en diagnos är

grunden för behandling och därför ett viktigt professionellt mål. Jag blir lite förvånad över att just detta system pekas ut som manipulerbart därför att vården själv bestämmer hur en sjukdom ska klassificeras. Det är relativt enkelt att avslöja en sådan eventuell manipulation via en journalgenomgång.

Författaren argumenterar för en ny ersättning utifrån hälsa, vilket är en vällovlig ambition. Det är dock tveksamt om jag som distriktsläkare kan påverka hälsans bestämningsfaktorer på ett avgörande sätt. Att en förbättrad hälsa medför att värdresurser kommer att minska i ett längre perspektiv tillåter jag mig också att betvivla. Det finns många exempel som visar att vården inte är en normal tjänstemarknad som kan mättas. Behovet av sjukvård ändras med utvecklingen, men det vi vet är att primärvården är bäst på att matcha de resurser som finns mot de behov som befolkningen har.

Det behövs mer utvärdering och debatt för att konstruera ett bra och helst nationellt system för att ersätta primärvården.

Mikael Hasselgren  
FoU-chef för primärvården  
i Landstinget Värmland;  
medicinsk redaktör  
(allmänmedicin) i Läkartidningen  
mikael.hasselgren@liv.se

#### REFERENSER

1. Anell A. Vården i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso och sjukvården. Stockholm: Finansdepartementet; 2010. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2010:7.
2. Zielinski A, Kronogård M, Lenhoff H, Halling A. Validation of ACG Case-mix for equitable resource allocation in Swedish primary health care. BMC Public Health. 2009;9:347.