

OPERATIONSPRISER

Handelsstudenter kritiska till KPP-systemet

Privata kliniker med planerad verksamhet är vinnare, förlorare är de stora akutsjukhusen. Systemet KPP, Kostnad per patient, ger orättvisor i prissättningen enligt en examensuppsats från Handelshögskolan.

Efter LTs artikel i nr 48/2007 om de varierande priserna på höftledsoperationer i landet väcks frågor. Varför skiljer sig priserna så mycket i landet? Vilka faktorer styr prissättningen? Ett svar är att styrningssystemet KPP ger alltför många tolkningsmöjligheter för landsting eller enskilda sjukhus som gör dem svårjämförbara, menar Johan Ejerhed och Jonas Nyman, som granskat ekonomistyrningsteorier i en uppsats vid Handelshögskolan i Stockholm. KPP, som har tagits fram av Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, är tänkt att knyta sjukvårdens kostnader till den patient som orsakat dem.

I praktiken blir instrumentet trubbigt. Sjukhusen och klinikerna använder olika redovisningsprinciper, schablonkostnader och verksamheterna är organiserade på olika sätt. SKL gör det även möjligt för varje verksamhet att redovisa kostnader på sitt sätt, säger Johan Ejerhed, som är läkare och snart färdig ekonom.

En annan slutsats är att KPP-systemet inte kan urskilja den överkapacitet som finns i akutsjukvården för att klara stora olyckor eller speciell intensivvård. Därför får alla patienter på ett akutsjukhus »vara med och betala« för dessa kostnader, menar Ejerhed, vilket gör att planerad vård på till exempel privata kliniker kan verka billigare. Han menar också att univer-

sitetssjukhusens utbildningsuppdrag, där operationer tar längre tid och övervakas under handledning, gör att vården där framstår som dyrare.

Den ersättning som sjukhusen får för utbildning dras generellt från sjukhusens totala kostnader och kopplas inte ihop med de aktiviteter som tar längre tid på grund av utbildning. Det är således omöjligt att säga om den generellt sett dyrare vården vid universitetssjukhus beror på att de har ett mer omfattande utbildningsuppdrag eller lägre produktivitet, säger Ejerhed.

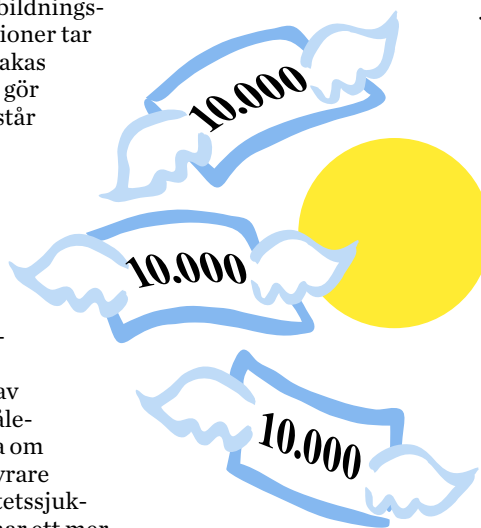
Att KPP inte tar hänsyn till utbildnings- och akutverksamhetskostnader gör att de vårdgivare som utför planerade operationer på friska patienter och kan få ersättning för utbildning som inte ökar totalkostnaderna för vården kommer att framstå som billigare.

Det finns andra svaga sidor med KPP, menar Ejerhed. Han anser att kostnadsvariationen mellan olika patienter är alltför stor, så stor att det i princip är omöjligt att i förväg sätta ett pris för ett ingrepp för en enskild patient.

När man inom industrin ska måla röda bilar blir det ungefär samma resultat varje gång. Men i sjukvården rör det sig om patienter, där ingen är den andra lik, även om diagnosen är densamma.

Johan Ejerhed skulle hellre satsa på ersättning till sjukhusen per diagnos.

Det skulle leda till en kostnadsmedvetenhet hos vårdgivarna. Om vårdgivarna i stället skulle få betalt för varje åtgärd som utförs finns



Privata kliniker med planerad verksamhet blir vinnare med KPP-systemet, Kostnad per patient, menar Johan Ejerhed och Jonas Nyman i en uppsats vid Handelshögskolan i Stockholm.

Illustration: Cecilia Waxberg

risk för att kostnaderna skenar. Däremot måste beställarkontoren vara medvetna om att kostnaderna för olika patienter skiljer sig, så att de offentligt drivna sjukhusen inte får alla de sjukaste patienterna till samma ersättning som de vårdgivare som bara tar de okomplicerade fallen, säger han.

Mindre vårdbeställningar skulle enligt honom kunna omfatta endast friska patienter eller andra homogena grupper. Ett alternativ är att bara göra mycket stora beställningar där skillnaderna mellan patienter tar ut varandra.

Mona Heurgren, en av dem som arbetade fram KPP för SKL en gång i tiden, är kritisk mot slutsatserna i uppsatsen. I dag arbetar hon för Socialstyrelsen. Hon tycker att systemet mycket väl kan särskil-

ja alla kostnader för akutvård och utbildning.

Med metoden kan man göra vad som helst, det beror helt på vilken ambitionsnivå man har. På Karolinska sjukhuset gör man exempelvis flera efterkalkyleringar på minsta detalj, säger Heurgren.

Men då måste man lägga till beräkningar till KPP som grund?

Ja, man gör mer precisa beräkningar, säger Heurgren.

Maria Lindberg, ekonom och utredare på SKL, anser att KPP inte klarar att kalkylera till exempel överkapacitet i vården och efterlyser fler detaljerade beräkningsinstrument för att följa upp kostnader. En ny manual, ett gränssnitt, har tagits fram av SKL för att göra en »kvalitetsbedömning« av kostnadsfördelning kring till exempel hur läkarresurser beräknats, operationstid eller case-mix av patienter.

Hon är beredd att hålla med om att privata vårdgivare med förutsägbar, planerlig vård blir vinnarna med dagens KPP. Systemet är dock »inte svaret på allt«, betonar hon, utan en grund att gå vidare med. I dag är det också bara cirka 40 procent av vårdgivarna som använder sig av KPP.

KPP är egentligen bara början på en större analys. Vi behöver analysera varför kostnader skiljer sig så mycket mellan kliniker. Vi behöver också titta på patienter ur så många fler perspektiv och till exempel följa hela vårdkedjan från primärvård till slutenvård och rehab i kommunen, säger Lindberg.

Agnetta Borgström