



LUND UNIVERSITY

Värden i vården : en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården

Anell, Anders

2010

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Anell, A. (2010). *Värden i vården : en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*. Fritzes. http://www.eso.expertgrupp.se/.../ESO%202010_7%20till%20webben.pdf

Total number of authors:

1

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården

Anders Anell

*Rapport till
Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi
2010:7*



REGERINGSKANSLIET

Finansdepartementet

Förord

Kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården har länge tilldragit sig uppmärksamhet. Under 1980-talet gjordes försök att förbättra styrningen och öka kostnadskontrollen genom fasta rambudgetar till kliniker och vårdcentraler. Under 1990-talet infördes ersättningar baserade på volymen prestationer för att förbättra produktiviteten och kostnadseffektiviteten. På senare tid har det blivit allt vanligare att komplettera de traditionella styrmodellerna med rörliga, målrelaterade ersättningar.

Den svenska hälso- och sjukvården är ett omfattande och centralt offentligt åtagande. Det är av stor betydelse att de styrmodeller som används inom området fungerar effektivt. Det är därför Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) – med sitt uppdrag att självständigt bidra till att bredda och fördjupa underlaget för samhällsekonomiska avgöranden – intresserar sig för området.

I denna rapport till ESO presenterar adj. professor Anders Anell en omfattande litteraturöversikt över området målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. De internationella erfarenheter som finns kommer främst från amerikansk vård, där s.k. ”pay-for-performance” har blivit en integrerad del av läkarnas ersättning under 2000-talet. I Europa är det framför allt Storbritannien som använder styrformen. Målbaserad ersättning används också av flera landsting i Sverige, som ett komplement till den fasta ersättningen. Även om ersättningen i de svenska systemen ofta är liten, finns ett stort intresse för frågan och det saknas inte ambitioner att öka inslaget av målrelaterade system. Samtidigt råder betydande osäkerhet om hur systemen bör konstrueras och vilka för- och nackdelar de kan medföra.

Med utgångspunkt i de forskningsresultat och praktiska erfarenheter som finns, diskuterar Anell för- och nackdelar med målbaserade ersättningssystem. Han finner att styrmodellen hittills har gett förhållandevis blygsamma kvalitetsvinster. I många studier har det dock varit svårt att särskilja effekterna av målbaserad ersättning från effekterna av andra förändringar, som öppna

jämförelser av vårdgivares kvalitet. I många program är också frånvaron av tydliga effekter förklarlig eftersom den målbaserade ersättningen är liten och endast berör ett mindre område.

Författarens slutsats är att även om det finns risker med en fortsatt utveckling av målbaserad ersättning så finns det också risker med att låta allt vara som tidigare. Med målbaserad ersättning finns alltid faran att fel enheter och/eller mål belönas. I värsta fall kan en felaktigt utformad ersättning leda till försämrad vårdkvalitet. Utan målbaserad ersättning kan man dock vara säker på att fel enheter belönas eftersom alla får samma ersättning oavsett måluppfyllelse.

Arbetet med rapporten har följts av en referensgrupp under ledning av professor Robert Erikson, ledamot i ESO:s styrelse. Som brukligt är i ESO-sammanhang ansvarar författaren själv för rapportens innehåll, slutsatser och förslag. Det är min förhoppning att denna studie ska utgöra ett värdefullt underlag för den fortsatta diskussionen om målbaserade ersättningssystem i svensk hälso- och sjukvård.

Stockholm i oktober 2010

Lars Heikensten
Ordförande för ESO

Innehåll

Sammanfattning	9
Summary	15
1 Introduktion.....	21
1.1 Utvecklingen av ”pay for performance” (P4P) i USA och Storbritannien	23
1.2 Drivkrafter bakom utvecklingen i Sverige.....	27
1.3 Ekonomiska argument och målbaserad ersättning	29
1.4 Frågeställningar och syfte.....	31
1.5 Rapportens disposition.....	32
2 Om ersättningsprinciper och ekonomiska incitament.....	35
2.1 Alternativa ersättningsprinciper och dess egenskaper.....	38
2.1.1 Fast/rörlig respektive prospektiv/retrospektiv ersättning.....	39
2.1.2 Objekt för ersättningen.....	42
2.2 Aktiva finansiärer och kombinerade ersättningsprinciper	51
2.3 Empiriska studier	54
2.4 Ekonomiska incitament och motivation i hälso- och sjukvården.....	59
2.5 Sammanfattning	62

3	Erfarenheter av målbaserad ersättning i svensk hälso- och sjukvård.....	65
3.1	Utvärdering av ”mål och mått” i Östergötlands läns landsting.....	66
3.2	Användning av målbaserad ersättning i primärvården i andra landsting.....	70
3.2.1	Vilken typ av mål och indikatorer används?.....	72
3.2.2	Utformning av belöningar och målvärden	76
3.3	Exempel på andra tillämpningar av målbaserad ersättning i svensk hälso- och sjukvård.....	79
3.4	Sammanfattning.....	83
4	Erfarenheter från Storbritannien och USA	85
4.1	Studier om effekterna av ”pay-for-performance” (P4P) i brittisk primärvård	86
4.1.1	Effekter på arbetsformer och relationer	89
4.1.2	Effekter på uppmätta kvalitén för patienter	91
4.1.3	Undantagsrapportering	93
4.1.4	Studier om effekter på diabetesvården.....	94
4.2	Systematiska litteraturöversikter från USA.....	95
4.3	Enskilda studier om effekter av ”pay-for-performance” i USA.....	102
4.4	Studier med inriktning på utformningen av målbaserad ersättning	111
4.4.1	Belöningarnas storlek och utformning	112
4.4.2	Belöningar till enskilda läkare eller enheter?	117
4.4.3	Vilken typ av mål och indikatorer?	118
4.5	Sammanfattning.....	125
5	Lärdomar inför fortsatt utveckling av målbaserad ersättning i svensk hälso- och sjukvård	129
5.1	Förhoppningar och farhågor	129
5.2	Erfarenheter i praktiken.....	133

5.3	Vad bör man tänka på vid en fortsatt utveckling?	136
5.3.1	Vilka är problemen?.....	137
5.3.2	Vilka mål och indikatorer bör väljas?	139
5.3.3	Hur koppla ersättningen till målnivåer?.....	145
5.3.4	Räcker ersättningen för att ändra beteendet?	147
5.3.5	Vem ska ta emot ersättningen?	151
5.3.6	Finns alternativa sätt att nå målen?	152
5.4	Målbaserad ersättning – bra eller dåligt för svensk hälso- och sjukvård?.....	157
Referenser		159
Förteckning över tidigare rapporter till ESO		167

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.

Summary

The design and effects of payment systems in health care is an area that has received a great deal of attention among health economists. One explanation is that a payment system is perceived as an important part of a wider governance structure that influences the incentives and priorities across health care providers. From a historical perspective, there is a clear link between the design of payment systems and key problems discussed in different time periods. In order to solve problems of escalating expenditures within Swedish health care in the 1980s, fixed global budgets was introduced. To promote increased productivity and cost-effectiveness in the 1990s, compensation to providers was instead based on the volume of services.

In view of current developments towards transparent comparisons and “report-cards” on provider quality, and discussions about shortcomings in the quality of health care services and the gap between evidence-based methods and clinical practice, it should not come as a surprise that payment systems are being developed yet again. The new aspirations are to give hospitals and primary care providers economic compensation based on their performance and accomplishments towards defined objectives, so called pay-for-performance (P4P). In the past, the economic compensation has mainly been linked to resource inputs or outputs in terms of number of visits and/or number of cases. With P4P, the attention is instead on outcomes or even results or value for the patients. P4P may also be linked to the growing interest in evidence-based medicine. By giving providers extra payment if defined quality measures or targets are reached, or to threaten the same providers with economic penalties if targets are not reached, a further stimulus that supports a positive development can be implemented with the aid of economic incentives.

P4P is already used within Swedish health care, especially within primary care but to some extent also for hospital services and when the national government allocates grants to the 21 county councils responsible for health care services. A widespread interest to develop P4P further can be noted, although uncertainties about how to design the P4P-programs are relatively high. Moreover, many stakeholders want to participate and influence the development. This combination of a common interest, uncertainty and many stakeholders who want to make a contribution, makes it especially important to develop a knowledge base that can support the future development of P4P in Swedish health care.

The systematic literature review presented in this report is based on searches in four relevant databases (Pubmed, HEED, NHS-HEED and Econlit) that resulted in just over 1000 abstracts and a review of 75 complete articles. P4P in health services is used in several countries. The majority of empirical studies about the effects of P4P, however, come from primary care in the UK or from health care services in the US. In spite of the fact that financing and delivery of health care services varies significantly between the UK and the US, it is interesting to note that the experiences from P4P are quite similar. So far, P4P have only contributed to quite modest benefits in terms of improved quality. In several studies, notably in the US, it has been difficult to separate the effects of P4P from other parallel changes, such as transparent comparison across providers based on report-cards.

In the UK, almost every primary care practice has received additional payments based on their performance and the indicators used in the so called Quality and Outcomes Framework. From one perspective, this is a clear indication that providers do care about payment systems and economic incentives. However, improved documentation has been an important factor to reach defined targets, rather than improved quality of care. The most significant effect is that the income of General Practitioners has increased substantially. There is some evidence of improvements in process measures of care for patients with a chronic disease, e.g. controls of patients with diabetes. Interviews with physicians and nurses also points towards changes in the activities carried out during a patient visit. In order to meet the requirements that follow from the P4P-program, the agenda during a patient visit has been pushed towards a standardized protocol and “box-ticking”, leaving more limited time for the patient to describe their individual problems.

Although a positive development has been documented for process measures of care, benefits from the patients' perspective and when focusing on outcome measures are more uncertain.

Also in the US, the main experience is that the benefits of P4P have been modest. In several programs, the lack of benefits should not come as surprise as the additional P4P-payment has been modest and only valid for a few of each provider's patients. In spite of the lack of clear benefits, the P4P-program is being developed further. Similar to developments in the UK, performance targets based on outcomes are slowly replacing targets based on process measures, which have dominated most P4P-programs so far. Developments in the US have also initiated a demand for changes at a larger scale. Several payers have argued for more fundamental changes in the payment systems, to the favor of comprehensive and capitation payment rather than the traditional payment based on the volume of services.

Although the initial high expectations have not been met, the interest in P4P remains. There is a general belief across first of all practitioners but also researchers that the lack of significant effects so far can be explained by poorly designed programs. Based on the analysis presented in this report there are indeed several questions to consider when designing a P4P-program:

- What is the problem?
- Which performance targets and indicators should be used?
- How difficult should it be to reach defined targets?
- Should individual physicians, teams or organizational units receive the payment?
- Are there alternative ways to reach objectives and solve defined problems?

The design of P4P-programs requires an explicit strategy where the answer to these questions are developed based on the overall vision of using P4P. A necessary condition in order to succeed is that the problems to be solved have been identified. Experiences show that the extra payment in P4P-programs often is allocated to providers that already have a high quality and performance level, and thereby are able to reach defined targets with little extra effort. If the purpose of P4P-programs is to give incentives to substantial improvements across a broader range of providers, knowledge about the base-line as well as variation across providers in terms of

performance is necessary. What problems are there? Do problems exist among all providers or only among a few? Without such knowledge it is not possible to determine the appropriate performance target. Moreover, it is not possible to decide the appropriate size of the payment or if payments should be based on relative or absolute performance targets (or both), in order to give incentives to the appropriate providers.

Development of P4P-programs should also be looked upon as a process, where performance targets and payments included in the program changes in parallel to developments of clinical practice. This also means that in developing P4P-programs it is necessary to take the specific context into account which might vary across regions. At a more aggregate level, however, there are significant benefits if the 21 county councils can collaborate to develop evidence that can support the choice of valid performance targets and indicators and, not least, the development and use of medical quality registers and IT-systems.

As described in the report, a P4P-program can be based on several different types of performance targets. The choice of relevant targets and indicators can be discussed from several perspectives:

- Should clinical or system-oriented performance targets be used?
- Should targets focus on a specific diagnose or broader patient groups?
- Should targets focus on process or outcome measures?
- Should many targets or only a few targets be used?

Depending on the type and number of performance targets in any P4P-program, requirement for preparations as well as economic incentives will vary. The same decision will also have an impact on the probability that the appropriate providers get rewarded. On a more general level, the choice between different types of targets can also be linked to the purpose of the P4P-program. A program that builds on system-oriented targets, such as waiting-times for patients, may become a tool for implementation of political priorities. But a P4P-program may also rest on scientific evidence if the purpose is to support implementation of processes and methods that have a firm evidence base based on clinical research. If the choice of appropriate methods or processes is more

uncertain, a P4P-program can also be designed to support innovations and new ways of addressing patient needs by the use of outcome measures or targets addressing value for patients.

Since the choice between different types of performance targets is linked to different purposes, it is difficult - if not impossible - to provide a general answer to questions about which targets to choose. In the long run, however, the design of P4P-programs in Swedish health care should be able to focus on outcome measures and patient benefits, rather than process measures. Even if the use of outcome measures also can be associated with disadvantages, there is one clear advantage as providers are incentivized to develop innovations based on their own professional competence. Objectives based on process measures, which rely on certain evidence-based methods or procedures, can be supported in other ways, for example through direct demands on publicly owned providers or as part of the accreditation of private providers funded by public sources. Evidence also suggests that process measures are better suited to identify providers with poor quality, rather than to separate between the many providers with relatively good quality.

Even if P4P-programs are based on outcome measures and patient benefits they can be designed in multiple ways. It is therefore not possible to say anything about costs and consequences on a more general level. Consequences and benefits also depend on parallel measures to support a positive development. If the use of outcome measures is combined with a general support for a organizational culture that puts a high value on innovations and continuous improvements, the effects will most likely be greater compared to a P4P-program based on outcome measures implemented in isolation. The benefit of any specific program, however, can only be assessed in formal evaluations. By investment in more formal evaluations of Swedish programs it will also be possible to build an evidence-base that can support a stronger design of future P4P-programs.

A failure when it comes to the design of P4P-programs may in the worst case mean that actual benefits for patients develops to the worse, while the documented quality at the same time indicate improvements. Health care providers are rewarded in the belief that improvements are made, in spite of the fact clinical practice develops in the wrong direction. Examples are when providers avoid complex patients for whom it is more difficult to reach defined performance targets or if services to patients become

dominated by protocols and “box-ticking” rather than an interest for the patient’s individual needs.

Even if a further development of P4P-programs in Swedish health care can be associated with risks of unintended effects there is also disadvantages with the alternative of leaving current payment systems as they are. In Swedish health care, there is a traditional and strong focus on fixed payment to both hospitals and primary care providers. Different and sometimes competing providers usually get the same payment, irrespective of existing differences in the quality of services. With this in mind, P4P may be seen as a much needed contribution to prevent too much focus on cost containment and the risk of under-provision of care and services that follows from fixed payment. There will always be a risk that the wrong providers are rewarded in a P4P-program or that it results in unintended effects and crowding out of objectives that are not part of the program. The programs will never be perfect. However, without using P4P as part of the payment systems to providers the wrong providers will to some extent be rewarded with certainty, as every provider get the same payment, irrespective of the quality of services.

1 Introduktion

Under det senaste årtiondet har frågor om hälso- och sjukvårdens kvalitet och resultat allt mer hamnat i fokus i den svenska hälso- och sjukvårdsdebatten. En förklaring är att det ställs högre krav på att de investeringar som görs i hälso- och sjukvården verkligen är försvarbara och leder till vinster för patienterna. Kartläggningar och regionala jämförelser av praxis har också visat på brister och variationer i kvalitet mellan vårdgivare. Sådana fynd har motiverat ytterligare analyser och även lett till minskad tilltro att vården alltid levererar hälso- och sjukvård av god kvalitet. En parallell utveckling är att kraven på valmöjligheter i vården ökat, vilket skapat behov av jämförelser av kvalitet så att individer har bättre underlag när man skall välja sin vårdgivare.

Utvecklingen mot större fokus på kvalitet och resultat har lett till flera initiativ i syftet att förbättra vårdens förmåga att leverera värde för pengarna. Från statens sida har flera myndigheters uppdrag påverkats. Både Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Socialstyrelsen har stärkt ambitionerna att utveckla evidensbaserad kunskap som kan användas i styrningen av vården. Tillkomsten av Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket (tidigare Läkemedelsförmånsnämnden) år 2002 innebar att beslut om subventioner av receptläkemedel och tandvård ska utgå ifrån en systematisk analys av kostnader för samhället och effekter för patienterna.

Från landstingens sida kan satsningen på s.k. Öppna jämförelser i samverkan med Socialstyrelsen betraktas som ett viktigt steg i utvecklingen. Öppna jämförelser har successivt utvecklats sedan starten 2006 och omfattar numera även kommunal vård och omsorg. För vissa indikatorer finns också en jämförelse mellan sjukhus. I 2009 års jämförelse användes 124 kvalitetsindikatorer varav 43 var helt nya jämfört med föregående år. I första hand är indikatorerna kopplade till utvecklingen inom stora sjukdoms-

grupper som diabetes, hjärt-/kärlsjukdomar och cancer. En stor del av datamaterialet hämtas från de nationella kvalitetsregistren som även fått ökad uppmärksamhet i sig. Det finns stora förhoppningar om att en ökad satsning och användning av de nationella kvalitetsregistren ska ge bättre förutsättningar för klinisk forskning och därigenom betydande vinster för patienterna.

Parallellt med utvecklingen av kunskapsstyrning utifrån evidens och öppna jämförelser har det vuxit fram ambitioner att koppla samman resurstilldelningen med verksamhetens kvalitet och resultat. Utgångspunkten är att det inte alltid är tillräckligt att redovisa skillnader i kvalitet för att åstadkomma en förändring. Genom att ge extra resurser till de vårdgivare som uppnår definierade mål finns förhoppningar om att en positiv utveckling ska stimuleras ytterligare. Målen kan kopplas till användningen av evidensbaserade metoder men kan även kopplas till andra mål i form av exempelvis tillgänglighet till vård eller hur nöjda patienterna är. Det är denna utveckling mot målbaserad ersättning – ersättning till vårdgivare utifrån graden av måluppfyllelse – som är utgångspunkten för denna rapport.

En målbaserad ersättning används redan inom svensk hälso- och sjukvård. De flesta landsting använder målbaserad ersättning som komplement till den huvudsakligen fasta ersättningen per listad individ till vårdenheter i primärvården. Ersättningen är förhållandevis blygsam, omkring tre procent av den totala ersättningen, och baseras i de flesta landsting på färre än tio mål. I några landsting används målbaserad ersättning mera generellt, dvs. även för sjukhusvården. De mål som används för primär- och sjukhusvård varierar. I huvudsak används processmål av olika slag, dvs. insatser och åtgärder som vårdgivare förväntas utföra, snarare än resultatmål i form av om behandlingen hade avsedd effekt eller om man lyckades skapa någon patientnytta. På statlig nivå har målbaserad ersättning använts vid fördelning av den s.k. kömiljarden utifrån hur väl de 21 landstingen uppfyllde vårdgarantins krav. Motsvarande principer skulle kunna användas av staten även inom andra områden, t.ex. för att stärka patientsäkerheten och för att ge stöd åt de målsättningar som formulerats inom den nationella cancerstrategin.

Även om en målbaserad ersättning redan används i svensk hälso- och sjukvård är osäkerheten stor om utformningen och om förväntningarna kan infrias. Erfarenheterna från andra länder, som kommer att redovisas mera noggrant senare i rapporten, talar för

att det är svårt att uppnå de initiala förväntningarna. Det kan i sin tur bero på att man inte lyckats utforma den målbaserade ersättningen på ett bra sätt och/eller att förväntningarna helt enkelt varit för stora. I vilket fall finns ett stort behov av kunskapsöversikter som i ett svenskt perspektiv analyserar erfarenheter från andra länder som använt målbaserad ersättning under en längre tid. Det är det primära syftet med denna rapport. Utgångspunkten är inte att överföra de lösningar som använts på annat håll. Poängen är snarare att en analys av erfarenheter från andra länder kan skapa större insikter om förutsättningarna för målbaserad ersättning i svensk hälso- och sjukvård. Med utgångspunkt i sådan kunskap finns möjligheter att utforma den målbaserade ersättningen på ett ändamålsenligt sätt. Erfarenheter från andra hälso- och sjukvårdssystem kan också bidra till realistiska förväntningar på de effekter som målbaserad ersättning kan åstadkomma.

1.1 Utvecklingen av "pay for performance" (P4P) i USA och Storbritannien

Även internationellt har utvecklingen mot öppna jämförelser av kvalitet och resultat respektive målbaserad ersättning ("pay-for-performance" eller "P4P") varit viktiga trender i hälso- och sjukvården. Tydligast är utvecklingen inom amerikansk respektive brittisk hälso- och sjukvård och i stort sett all dokumentation om målbaserad ersättning som kommer att redovisas i denna rapport kommer från dessa två hälso- och sjukvårdssystem. Trots att vården i USA, Storbritannien och Sverige finansieras och organiseras på olika sätt finns alltså ett gemensamt intresse för samma typ av styrmedel för att uppnå förbättrad måluppfyllelse. Förutsättningarna för att använda en målbaserad ersättning skiljer sig dock, vilket är viktigt att beakta när respektive lands erfarenheter analyseras.

I amerikansk vård har ungefär tre fjärdedelar av invånarna en privat vårdförsäkring, vanligtvis via sin arbetsgivare. De skattebaserade federala och delstatliga finansieringssystemen för vård till äldre över 65 år (Medicare) och fattiga (Medicaid) svarar dock för nästan hälften av den samlade vårdfinansieringen. Det splittrade finansieringen med många fristående aktörer innebär att enskilda program för målbaserad ersättning kan ha begränsad effekt eftersom vårdgivare får sin finansiering från flera olika håll. Detta

problem återfinns varken i Storbritannien eller i Sverige där det bara finns en enda offentlig finansiär av vården; National Health Service (NHS) respektive landstingen. De förändringar som den offentliga finansiären i Storbritannien och Sverige genomför får därför stor betydelse för vårdgivarna.

Även sett till vårdproduktionen finns stora skillnader mellan länderna. I USA tillhandahålls vården i huvudsak av privata vårdgivare, även om de flesta privata sjukhus och flera integrerade hälso- och sjukvårdsföretag är icke-vinstsyftande institutioner. Läkarna har i allmänhet en fristående ställning. Exempelvis ersätts specialistläkare på sjukhusen ofta separat från den ersättning som går till sjukhuset. Program för målbaserad ersättning till enskilda läkare i öppen vård och specialistläkare på sjukhusen är därför vanliga. Eftersom ersättningen är en affärsmässig uppgörelse mellan två parter kräver införandet av nya program förhandlingar, alternativt att medverkan är frivilligt från vårdgivarnas sida. Det skiljer sig kraftigt från hur målbaserad ersättning används i svensk vård där ersättningen alltid går till vårdenheter snarare än enskilda yrkesutövare. Landstingen kan också på egen hand bestämma vilka ersättningsprinciper som ska gälla för de vårdenheter som drivs i offentlig regi.

Även i Storbritannien är sjukhusen i allmänhet offentligt ägda, även om den privata sektorn är större än i Sverige. Primärvården drivs helt i privat regi med allmänläkare ("General practitioners" eller "GPs") som ägare. Det ställer krav på förhandling och/eller frivillighet när en målbaserad ersättning ska tillämpas precis som inom amerikansk vård. Både primärvård och offentliga sjukhus omfattas dock av en stark central styrning och uppföljning som utgår från "Department of Health". Det innebär att samma principer används nationellt (dvs. i England & Wales respektive i Skottland) snarare än att målbaserad ersättning och andra styrinstrument får olika utformning regionalt eller uppdelat på skilda vårdfinansiärer som i Sverige respektive USA.

Även om öppna jämförelser respektive målbaserad ersättning kan beskrivas som uttryck för övergripande och gemensamma trender finns en specifik bakgrund och historia bakom utvecklingen i respektive land. I flera länder, inte minst i USA, har öppna jämförelser och s.k. "report cards" tillkommit för att ge individer bättre informationsunderlag i deras val av vårdgivare. I Sverige förefaller tidsandan, att det uppfattas som viktigt i ett demokratiskt styrt samhälle att öppet redovisa resultaten av hur

skattemedel används, samt möjligheter till jämförelser mellan landstingen ha varit viktigare för utvecklingen. Efterhand som jämförelser av kvalitet presenterats på landstingsnivå har dock även kraven på jämförelser av vårdgivare ökat i Sverige.

Det finns också skillnader bakom införandet av målbaserad ersättning mellan länderna, vilket kan förklara hur programmen utformats. Inom amerikansk vård användes bonusar till läkare baserat på kvalitetsindikatorer först inom den privat finansierade vården under senare delen av 1990-talet (Garcia-Caban 2010). Utvecklingen kan delvis ses som en spridning av den praxis med bonusar till först chefer och sedan anställda som infördes mera allmänt i amerikanskt näringsliv under andra halvan av 1980-talet. En ytterligare och mera branschspecifik förklaring är att många privata vårdföretag hamnade i dåligt rykte under den s.k. "managed care" eran under 1990-talet. Fokus i styrningen låg vid den tidpunkten på kostnadsjakt och att dämpa den snabba kostnadsutvecklingen. Förändringen i styrningen mot ökad kostnadskontroll blev impopulär bland både läkarna och patienternas intresseorganisationer, som befarade minskad autonomi och lägre inkomster respektive en sämre vårdkvalitet. Genom att annonsera att läkare skulle få bonus utifrån kvalitet kunde finansierarna marknadsföra ett mer konsumentorienterat budskap och att man stod på patienternas sida.

Starkt bidragande orsaker till den snabba spridningen av målbaserad ersättning under 2000-talet i USA är två rapporter från Institute of Medicine. År 2001 publicerades en rapport som bl.a. visade att mellan 44 000 och 98 000 individer inskrivna vid amerikanska sjukhus dog varje år till följd av medicinska misstag och att det fanns stora skillnader i kvalitet mellan vårdgivare (IOM 2001). De ersättningsprinciper som traditionellt tillämpats i amerikansk vård, som premierat en stor volym vård genom att ge ersättning för varje utförd åtgärd, pekades ut som ett av flera bakomliggande problem. I en senare rapport år 2006 rekommenderade institutet att P4P skulle användas inom det federala Medicare (IOM 2006). USAs kongress gav ungefär samtidigt sitt stöd för en sådan utveckling och beslutade att en kombination av målbaserad ersättning och öppen redovisning av kvalitet (som fick den gemensamma benämningen "value-based purchasing") skulle tillämpas inom Medicare från år 2009 (Ryan et al 2009).

Sedan dess har utvecklingen gått snabbt och P4P är numera ett mycket vanligt komplement för ersättning till vårdgivare inom amerikansk öppen vård. Uppemot hälften av alla existerande program för målbaserad ersättning avser primärvården. Ersättningen avser ofta enskilda läkare men kan även avse läkargrupper eller vårdenheter. Drygt en fjärdedel av samtliga program avser sjukhus och knappt en fjärdedel enskilda specialistläkare på sjukhus. En majoritet av de integrerade hälso- och sjukvårdsföretagen ("Health maintenance organisations" eller "HMOs") använder sig av målbaserad ersättning, liksom de flesta Medicaid programmen på delstatlig nivå. Även det federala Medicare har efter kongressens beslut börjat använda målbaserad ersättning i stor skala. Under de senaste fem åren har Medicare i kraft av sin storlek och betydelse tagit över rollen som ledare för utvecklingen från den privata sektorn, genom att införa flera olika försöksprogram som del av finansieringen av akutsjukhus, läkargrupper och sjukhem (Ryan 2009; Garcia-Caban 2010).

Den snabba utvecklingen i USA har drivits av stor entusiasm bland finansiärerna snarare än att de program som utvecklats och införts visat sig särskilt effektiva enligt de utvärderingar som genomförts. På samma sätt har målbaserad ersättning spridits till andra länders hälso- och sjukvårdssystem baserat på förhoppningar och logiska resonemang, snarare än att det finns evidens för att programmen verkligen främjar en bättre kvalitet i vården.

Det främsta exemplet är Storbritannien där P4P används sedan 2004 i ett nytt kontrakt med allmänläkare för primärvårdens finansiering. Även i Storbritannien har diskussioner om kvalitetsbrister i vården liksom förbättrade möjligheter att studera och jämföra kvalitet varit viktiga förklaringar bakom utvecklingen. En mycket viktig förklaring till att målbaserad ersättning fått så stor betydelse i brittisk primärvård är också tidigare ambitioner från slutet av 1990-talet att förstärka resursbasen inom NHS. Medan programmen inom amerikansk primärvård vanligtvis omfattar 2-3 procents extra ersättning baserat på ett 10-tal kvalitetsindikatorer ger målbaserad ersättning i brittisk primärvård mottagningar upp mot 30 procent extra ersättning baserat på över 130 kvalitetsindikatorer. Genom att knyta de betydande extra resurserna till förväntningar om bättre kvalitet fanns förhoppningar att primärvårdens utveckling kunde främjas på ett mera påtagligt sätt, jämfört med om den traditionella fasta ersättningen per registrerad individ höjts med lika stort belopp.

Trots att den målbaserade ersättningen i brittisk primärvård omfattar så många kvalitetsindikatorer förfaller brittiska primärvårdsläkare relativt nöjda med utvecklingen; man är åtminstone nöjd med den kraftiga inkomstförstärkningen. En bidragande förklaring till acceptansen från brittiska läkares sida är sannolikt att man sedan lång tid vant sig vid en detaljerad uppföljning från NHS. Trots att antalet indikatorer är mycket färre än inom brittisk primärvård anser läkare i Kalifornien att de P4P-program som man berörs av är tidskrävande och man har mer delade uppfattningar om utvecklingen varit bra eller inte för verksamheten jämfört med brittiska kollegor (McDonald & Roland 2009).

1.2 Drivkrafter bakom utvecklingen i Sverige

Trots att hälso- och sjukvårdens organisation och styrning varierar mellan länder finns en hög grad av "smittoeffekt" när nya styrmodeller och lösningar sprids. För svenskt vidkommande hämtas idéer och lösningar ofta från den anglosaxiska delen av världen, främst från Brittiska National Health Service (NHS) respektive hälso- och sjukvården i USA. Utvecklingen i dessa båda länder har också stimulerat diskussioner om målbaserad ersättning under senare år.

Även för svenskt vidkommande finns särdrag i utvecklingen och en specifikt svensk historia som lett fram till målbaserad ersättning. Utöver diskussioner om brister och skillnader i kvalitet har det från flera håll funnits ett missnöje med den traditionella styrningens fokusering på kostnadskontroll. Ledare och debattörer från både den medicinska professionen, läkemedelsindustrin, privata vårdgivare, enskilda landsting och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har efterlyst en utveckling av ersättningsprinciperna och en resursfördelning som i större utsträckning beaktar vad vi får för pengarna. Staten och SKL har också gemensamt fram till sommaren 2010 drivit ett nationellt utvecklingsprojekt som stöd för utvecklingen av ersättningsprinciper i landsting och regioner. Denna utveckling, och i synnerhet utvecklingen mot målbaserad ersättning, har också fått stöd från privata vårdgivare och intressenter. Bland annat har Läkemedelsindustriföreningen (LIF) hävdade att det tas för lite hänsyn till de positiva effekter som uppnås genom investeringar i läkemedelsterapier. Detta förklarar varför LIF bidragit finansiellt

till utvecklingen av nya ersättningsprinciper inom ramen för det s.k. Q-projektet, som driver två pilotprojekt med målbaserad ersättning för hjärtsvikts- respektive diabetesvården.

Sett i ett historiskt perspektiv kan utvecklingen mot målbaserad ersättning betraktas som logisk. Sett i ett bredare perspektiv har forskare identifierat tre olika faser i utvecklingen av nationella hälso- och sjukvårdssystem (Cutler 2002). Efter en första fas med fokus på vård på lika villkor ("equity") ställs ökade krav på kostnadskontroll ("cost containment"), som i sin tur följs av ökade krav på resultat och värde för pengarna ("performance"). Motsvarande faser kan identifieras även i utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård. Det finns dessutom tydliga kopplingar mellan respektive fas och sättet att styra vården och hur ersättningsprinciperna utformats. Under 1960-talet och början av 1970-talet växte hälso- och sjukvårdens resurser snabbt. Den goda ekonomiska tillväxten innebar att finansieringen inte var något problem. Det viktigaste målet var i stället att skapa en vård som var tillgänglig för alla på lika villkor. Hälso- och sjukvården fick i stort sett de resurser man begärde. De överskridanden av budgeten som uppstod tolkades snarast som att utvecklingen gick snabbare än planerat (Anell 1990). Begrepp som produktivitet, effektivitet eller kvalitet diskuterades knappast; åtminstone inte i den allmänna debatten.

Under 1980-talet förändrades förutsättningarna i takt med att rambudgetar infördes på bred front för både kliniker och vårdcentraler. Ett uttalat argument var att rambudgetar främjade en decentralisering av beslutsfattandet. I praktiken fanns ett begynnande missnöje med kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården; först inom finansdepartementet men senare även mera allmänt ute i landstingen. Senare under 1980-talet tillkom kritik av hälso- och sjukvårdens produktivitet. En brytpunkt var den rapport från Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) om hälso- och sjukvårdens svaga produktivitetsutveckling som publicerades år 1985 (Roos 1985). Rapportens slutsatser fick först hård kritik från vårdens representanter eftersom studien inte fullt ut kunde ta hänsyn till förändringar i vårdens kvalitet. Det resulterade bl.a. i att ESO redan efter några år gav ut en ny rapport, denna gång i samarbete med Spri, som fokuserade metoder för att mäta och följa vårdens kvalitet (Spri 1987). Redan efter något år hade stämningssläget ändrats och kritiken mot ett upplevt resursslöseri och en svag produktivitetsutveckling inom vården var

nu allmän. Kritiken skapade utrymme för en förändring av styrsystemen, som även fick konsekvenser för ersättningsprinciperna. En våg av marknadstänkande och reformer svepte fram över landstingen i början av 1990-talet. Det ansågs viktigt att öka valmöjligheterna för patienterna och att skilja mellan landstingens roller som finansiär respektive vårdproducent. I flera landsting infördes en ny organisation med uppdelning mellan beställare och utförare. Utförare fick i högre grad ersättning per prestation i syfte att skapa incitament till ökad produktivitet och kostnadseffektivitet (Anell 1994).

Under den tredje fasen i utvecklingen, som vuxit fram främst under 2000-talet, är det i stället verksamhetens resultat och kvalitet som hamnat i fokus. Även denna gång får förändringen konsekvenser för ersättningssystemen. Tidigare principer med kombinationer mellan fasta anslag och ersättning per prestation utvecklas på nytt så att de stämmer överens med de problem och lösningar som är tongivande i vårddebatten.

1.3 Ekonomiska argument och målbaserad ersättning

Även om utvecklingen av målbaserad ersättning främst drivits fram av andra orsaker finns ekonomiska argument som ger stöd för en tillämpning. Som noterats av bl.a. Robinson (2001) återspeglar de ersättningsnivåer som traditionellt används i vården inte några riktiga marknadspriser. Ersättningarna är i stället beräknade utifrån administrativa data om vårdgivares kostnader. Dessutom får vanligtvis alla vårdgivare samma ersättning, oavsett kvalitet i det man levererar. Det gäller för svenska vårdcentraler och sjukhus likaväl som för amerikanska sjukhus när de ersätts utifrån gemensamma principer av exempelvis det offentliga försäkrings-systemet Medicare. Något motsvarande existerar inte på andra marknader där priserna också återspeglar konsumenternas uppfattningar om skillnader i kvalitet. Vid högre kvalitet kan producenter normalt ta ut ett högre pris, liksom att det fortfarande kan finnas en marknad för producenter med låg kvalitet bara priset är tillräckligt lågt. På så sätt belönas högre kvalitet genom högre priser, liksom att låg kvalitet bestraffas genom att aktörer tvingas ta ut lägre pris. De administrativa priser som traditionellt använts inom exempelvis Medicare i USA har belönat vårdgivare utifrån

volymen vård utan hänsyn till kvalitet. Samma ekonomiska incitament har gällt vid ersättning till svenska sjukhus efter volymen behandlingar eller ersättning till svenska vårdcentraler och mottagningar i öppen vård efter antalet besök. Om sjukhus och vårdcentraler i stället ersätts genom en fast ersättning som inte är kopplad till volymen vård finns i stället ekonomiska incitament att begränsa den volym vård som ges. Det kan i sin tur ge negativa effekter i form av långa väntetider och undervård snarare än för mycket vård. Inte heller en fast ersättning främjar de vårdenheter som har högre kvalitet.

En möjlighet att främja hög kvalitet inom ramen för gemensamma och fasta ersättningsnivåer är att ge patienter möjligheter att välja mellan vårdenheter enligt principen ”pengarna följer patienten”. Sådana vårdvalssystem skulle potentiellt sett kunna gynna de vårdenheter som investerar i högre kvalitet genom att de väljs oftare av patienter och individer (Le Grand 2007; Porter & Teisberger 2006). Samtidigt kan kraven på kostnadskontroll uppfyllas eftersom ersättningen per registrerad individ är bestämd på förhand. Erfarenheterna hittills visar dock att det är svårt att skapa en patientledd kvalitetskonkurrens inom vården. Studier i USA har visat att öppna jämförelser av kvalitet sällan används av befolkningen som underlag för deras val av vårdgivare (se vidare Levay 2010). Även svenska studier från primärvården visar att det finns trögheter genom att individer mera sällan byter vårdgivare. Vanligtvis väljs den vårdgivare som patienter haft kontakt med tidigare och man är inte särskilt aktiv när det gäller att söka information om skillnader mellan vårdgivares kvalitet (Glenngård & Anell 2010). Det ger argument att förstärka de ekonomiska incitamenten att satsa på kvalitetsförbättringar genom en målbaserad ersättning även när vårdvalssystem tillämpas.

Det går också att använda ekonomiska argument mot en användning av målbaserad ersättning inom hälso- och sjukvården. För det första kräver en sådan användning att man lyckas definiera meningsfulla mål och indikatorer och dessutom kan samla in data från vårdgivare på ett effektivt sätt så att man kan följa upp resultaten. Dessa aktiviteter är förknippade med en administrativ kostnad som måste vägas mot de positiva effekterna och mot alternativa sätt att nå målen.

Det är inte heller självklart att de positiva effekterna uppstår. Beroende på vilka mål och indikatorer som väljs finns alltid möjligheter för vårdgivare att manipulera systemet. Det kan ske

genom att vårdgivare ändrar sitt sätt att registrera i verksamheten eller genom mer eller mindre uttalad manipulation av data som rapporteras in till finansiären. Än värre exempel är om vårdgivare väljer bort patienter för vilka det bedöms som svårt att nå de definierade kvalitetsmålen. I så fall kan den dokumenterade kvaliteten framstå som förbättrad, trots att den verkliga kvaliteten för patienterna snarast försämrats.

Det räcker inte heller med att definiera relevanta mål och indikatorer och samla in data till rimliga kostnader. Ersättningsnivåerna måste också vara tillräckligt stora så att vårdgivare verkligen motiveras och har möjligheter att investera i förbättrad kvalitet och uppfyllelse av de mål som definierats. Sett i vårdgivares perspektiv måste det finnas ett positivt förväntat utfall mellan möjligheten till extra ersättning och den uppoffring som krävs för att nå målen. I de fall ersättningsnivån är tillräcklig finns även en alternativkostnad att ta hänsyn till i form av s.k. undanträngningseffekter. Om en målbaserad ersättning leder till att vårdgivare försämrar kvaliteten inom de områden som inte mäts uppstår en alternativkostnad som medför att nettoeffekten blir osäker.

1.4 Frågeställningar och syfte

Genomgången hittills har förhoppningsvis gett läsaren inblick i bakgrunden till målbaserad ersättning och i vilket syfte och sammanhang programmen utvecklats i valda länder. Förhoppningsvis har också framgått att utvecklingen väcker en rad frågor om hur en målbaserad ersättning bör utformas:

- I vilket syfte kan målbaserad ersättning användas?
- Vilken typ av mål och mått bör användas?
- Till vem bör ersättningen utgå: enskilda yrkesutövare eller enheter?
- Vilken storlek bör ersättningen ha?
- Hur kan man motverka undanträngning och andra icke-avsedda effekter?
- Hur kan målbaserad ersättning kombineras med andra styrmedel?
- Hur kan man skapa en kostnadseffektiv utformning av målbaserad ersättning?

I rapporten utreds dessa frågeställningar utifrån en genomgång av litteraturen om målbaserad ersättning och erfarenheter från i första hand brittisk primärvård och hälso- och sjukvården i USA. Litteraturgenomgången har baserats på en sökning i fyra relevanta databaser – Pubmed, HEED, NHS-HEED samt Econlit – som generade sammanlagt drygt 1 000 träffar varav 75 artiklar granskats i fulltext.

Som kommer att belysas i rapportens genomgång av olika studier tycks det för närvarande finnas fler skeptiker än entusiaster bland de forskare som studerat effekterna av målbaserad ersättning. De höga förväntningarna har hittills inte infriats. Även en tidigare svensk genomgång av internationell litteratur har redovisat slutsatsen att målbaserad ersättning haft blygsam effekt på hälso- och sjukvårdens kvalitet (SKL 2009). Även om den tidiga entusiasmen naggats i kanten kvarstår dock intresset för ”pay-for-performance” och systemen vidareutvecklas bland dem som först tillämpade principerna. Det finns en utbredd uppfattning att frånvaron av tydliga positiva effekter förklaras av att man ännu inte lyckats med utformningen.

Det är också vad tidigare studier och erfarenheter kan lära oss om utformningen av målbaserad ersättning som är i fokus för denna rapport. Kombinationen mellan stort intresse, betydande osäkerhet om hur man bör göra och många intressenter som vill vara med och påverka utvecklingen gör det angeläget att ta fram en kunskapsöversikt som kan ge stöd för det fortsatta utvecklingsarbetet.

1.5 Rapportens disposition

Rapporten omfattar fyra kapitel utöver denna introduktion. I kapitel två beskrivs för- och nackdelar med olika ersättningsprinciper på en övergripande nivå. Utifrån en referensram som skiljer mellan tre olika dimensioner i ersättningen klargörs också vad som är speciellt men en målbaserad ersättning. Vidare redovisas huvudsakliga empiriska erfarenheter av de traditionella lösningar som tillämpats i hälso- och sjukvården. Kapitlet avslutas med en sammanfattning med fokus på viktiga slutsatser.

I kapitel tre beskrivs hur målbaserad ersättning använts inom svensk hälso- och sjukvård. Främst behandlas utvecklingen inom primärvården, där utvecklingen nått längst, och vilka typer av mål

och mått som används vid ersättning till vårdenheter inom landstingens vårdvalssystem. Kapitlet avslutas med en sammanfattning som ger en översikt för läsare som inte är intresserade av detaljer.

I kapitel fyra redovisas resultatet av litteraturgenomgången om målbaserad ersättning i brittisk primärvård och inom hälso- och sjukvården i USA. Eftersom brittisk primärvård har större likheter med förhållanden i svensk primärvård kan resultaten därifrån anses som mer relevanta. Studier från brittisk primärvård är också enklare att tolka eftersom de genomförts inom ramen för en och samma kontext. Den brittiska litteraturen redovisas därför först. Sist i kapitlet redovisas normativa studier som gett förslag på hur en målbaserad ersättning bör utformas snarare än att redovisa empiriska resultat från enstaka program. Redovisningen av enskilda studiers resultat förstås bäst av läsare med tidigare kunskap i ämnet. För de läsare som inte är intresserade av enskilda studiers uppläggning och resultat avslutas kapitlet med en sammanfattning som lyfter fram de viktigaste erfarenheterna.

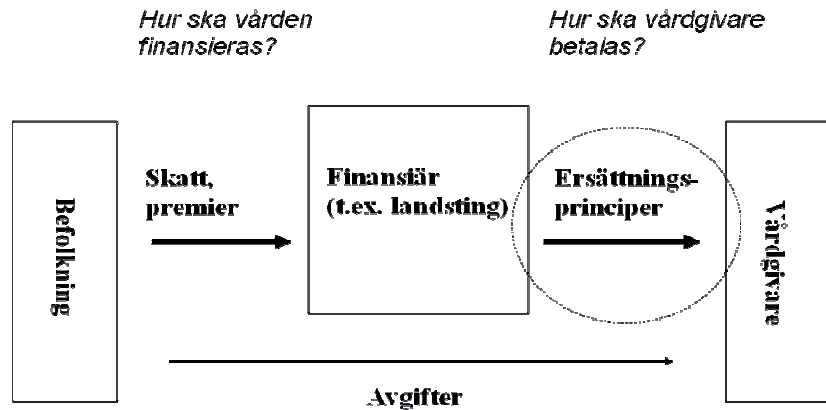
I kapitel fem diskuteras lärdomar från litteraturen och vad man bör tänka på vid en fortsatt utveckling av målbaserad ersättning inom svensk hälso- och sjukvård.

2 Om ersättningsprinciper och ekonomiska incitament

I Sverige och de flesta andra länder är det inte marknadskrafterna som avgör hur mycket resurser som ska tilldelas hälso- och sjukvården. Resurstilldelningen bestäms i stället till stor del av politiska beslut och regleringar. Det viktigaste skälet är att vi människor bryr oss om hur finansieringsbördan och vårdresurserna fördelas i befolkningen. Individens betalningsvilja, som i stor utsträckning bestäms av ekonomiska tillgångar, ska inte ha någon avgörande betydelse i sammanhanget. Det är i stället behoven som i första hand ska avgöra vem som får vård. Därför finansieras vården i de flesta OECD-länder huvudsakligen genom skatt eller obligatoriska socialförsäkringspremier. Avgifter och frivilliga försäkringar har vanligtvis en mindre betydelse för finansieringen. I svensk hälso- och sjukvård uppgår avgifter i olika former till ungefär 15 procent av den totala finansieringen, vilket motsvarar genomsnittet inom OECD. Trots att de privata sjukvårdsförsäkringarna i Sverige ökat i omfattning till 4,5 procent av befolkningen svarade de för endast 0,2 procent av vårdens samlade finansiering år 2007 (OECD 2009).

Finansieringen genom tredjepart leder till en stor utmaning för vårdens finansiärer. Hur ska man bedöma vad som är en rimlig nivå för hälso- och sjukvårdens samlade resurser? Hur ska man avväga behov och nytta av att investera pengarna inom olika vårdområden? En ytterligare fråga är hur vårdgivare ska betalas, dvs. hur ersättningsprinciperna ska utformas (se Figur 2.1). Det är den frågan och särskilt utvecklingen mot nya målbaserade ersättningsprinciper som behandlas i denna rapport. Beroende på vilka lösningar som väljs skapas olika villkor för vårdgivare i forms av sjukhus, kliniker och vårdcentraler och även för den vårdsökande befolkningen.

Figur 2.1 Resursfördelning i hälso- och sjukvården



Utformning och effekter av ersättningsprinciper i hälso- och sjukvården är ett område som fått förhållandevis stor uppmärksamhet av forskare. Det hänger samman med att utformning av ersättningsprinciper uppfattats som ett viktigt styrmedel som påverkar vårdgivares incitament och prioriteringar. Det är också ett område som det är förhållandevis tacksamt att forska inom. I alla bästa fall finns t.o.m. möjlighet att genomföra kontrollerade experiment där utfallet av att vårdproducenter ersätts på olika sätt jämförs. Det finns därför ett stort antal teoretiska och empiriska studier och ett relativt gott kunskapsläge om alternativen och dess konsekvenser. De flesta studier är från USA och Storbritannien, men det finns studier även från Norden och svensk hälso- och sjukvård.

I stort sett all ekonomisk forskning om ersättningsprinciper i hälso- och sjukvården utgår ifrån basala komponenter i den s.k. principal – agent teorin. Principal – agent förhållanden uppstår i princip i alla organisationer eller ekonomiska system där en individ eller organisation ger en annan individ eller organisation någon form av uppdrag i utbyte mot någon form av ersättning (Dranove & White, 1987). Det grundläggande problemet är att uppdragsgivaren, principalen, naturligtvis vill ha ut så mycket som möjligt för sina pengar och därför har intresse av att försöka påverka uppdragstagarens, agentens, beteende. Om principalen inte har lika stora kunskaper som agenten finns möjligheter för den senare att utnyttja situationen, exempelvis genom att man inte behöver

anstränga sig lika mycket. Särskilt i en situation där även agentens mål skiljer sig från principalens finns risk för problem i form av s.k. opportunistiskt agerande från agentens sida.

För att nå sina mål kan principalen i först hand välja den agent som bedöms som mest lämplig. Därutöver har principalen anledning att även försöka påverka agentens beteende, exempelvis genom lämplig utformning av den ekonomiska ersättningen. Det finns därmed en administrativ kostnad förknippad med att försöka få en agent att agera i enlighet med principalens mål (Jensen & Meckling 1976). Å andra sidan finns även en alternativkostnad om en agents handlingar inte överensstämmer med principalens mål. För principalen gäller det att minimera de sammanlagda kostnaderna till följd av å ena sidan styrning för att nå övergripande mål och å andra sidan alternativkostnader till följd av att agenten handlar utifrån sina egna intressen snarare än principalens.

Det finns en mängd utbytesrelationer som kan analyseras med utgångspunkt i principal – agent teori. Teorin får också särskild relevans inom hälso- och sjukvården mot bakgrund av tredjepartsfinansieringen. Ett första principal – agent förhållande finns mellan läkare och patienten. Patienten kan vanligtvis inte observera skillnader i medicinsk kvalitet mellan läkare och inte heller fullt ut bedöma sitt eget vårdbehov eller vilka effekter om kan förväntas av olika behandlingar. Patienten ser därför läkaren som sin agent. Eftersom patienterna endast betalar mindre avgifter i samband med ett vårdutnyttjande är man i första hand intresserad av hög kvalitet och god tillgänglighet snarare än vad vården kostar. Ett andra principal – agent förhållande finns mellan vårdgivare och tredjepartsfinansiären. Även för tredjepartsfinansiären är hög kvalitet och god tillgänglighet viktiga målsättningar men man har även att ta hänsyn till verksamhetens kostnader och att resurserna fördelas efter behov. Det ställer krav på prioriteringar. För läkare och andra vårdgivare gäller således att man arbetar som ”dubbel-agenter” (Blomqvist 1991). Å ena sidan ska läkare och vårdgivare ha en god relation med patienterna och deras önskemål, och å andra sidan måste även finansiärens övergripande mål för hälso- och sjukvården tillgodoses.

I det här kapitlet ges en bred översikt av olika ersättningsprinciper vilket innebär att målbaserad ersättning sätts in i ett bredare sammanhang. Inledningsvis diskuteras några grundläggande alternativa principer och dess egenskaper. En viktig slutsats är att varje princip är förknippad med både för- och

nackdelar. Det finns inte någon i alla avseenden optimal lösning. På denna punkt är litteraturen entydig. En vanlig rekommendation är därför att varje ersättningssystem bör kompletteras med en aktiv styrning från finansärens sida så att potentiella negativa effekter undviks. En annan vanlig rekommendation är att olika ersättningsprinciper kombineras så att vårdgivare får mer ändamålsenliga incitament. I praktiken används också målbaserad ersättning som komplement till någon annan mer grundläggande ersättningsprincip. Empiriska studier om olika grundläggande ersättningsprinciper redovisas kortfattat och bekräftar i huvudsak vad som kan förväntas utifrån en principiell analys av ekonomiska incitament. Effekterna kan dock sällan förutspås fullt ut, vilket är en viktig lärdom även vid utformning av målbaserad ersättning. Flera faktorer har betydelse utöver ersättningens utformning, däribland vilken ersättningsprincip som använts tidigare.

Kapitlet avslutas med en generell diskussion om betydelsen av ekonomiska incitament och förutsättningarna för att påverka vårdgivares beteende via utformning av ersättningsprinciper. Denna diskussion leder även in på resonemang om grundläggande motiv bland dem som arbetar i en professionell verksamhet som hälso- och sjukvård.

2.1 Alternativa ersättningsprinciper och dess egenskaper

En principiell diskussion om alternativa grundläggande ersättningsprinciper och dess egenskaper kräver någon form av systematik eller referensram som utgångspunkt. I det här avsnittet presenteras alternativen utifrån en referensram som skiljer mellan tre olika dimensioner:

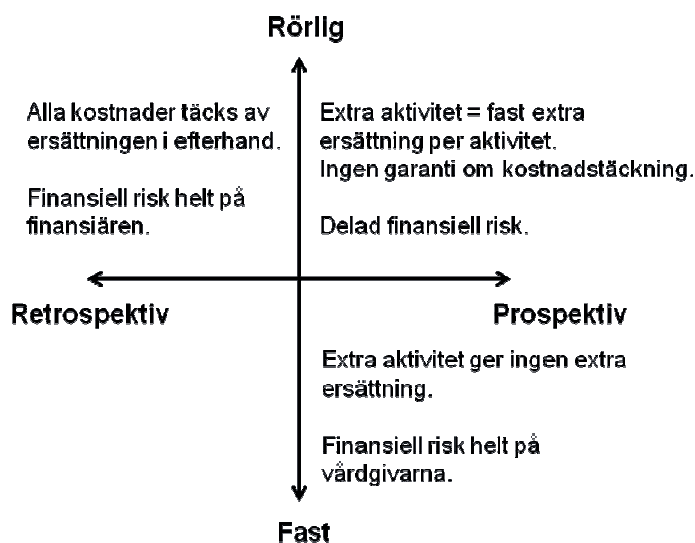
- Fast eller rörlig ersättning;
- Retrospektiv eller prospektiv ersättning;
- Objekt och tidsram för ersättningen.

Referensramen bygger till stor del på tidigare referensramar redovisade av Jegers m.fl. (2002) och Jacobsson (2007).

2.1.1 Fast/rörlig respektive prospektiv/retrospektiv ersättning

Jegers m.fl. (2002) har tidigare diskuterat olika ersättningsprinciper utifrån i vilken grad ersättningen är fast eller rörlig respektive retrospektiv eller prospektiv (se figur 2.2). Med dimensionen fast – rörlig menas i vilken grad ersättningen till vårdgivare varierar beroende på volymen vård. En rörlig ersättning är direkt kopplad till den volym vård som produceras medan en fast ersättning är kopplad till ett generellt åtagande som inte påverkas av volymen vård. Med dimensionen retrospektiv – prospektiv avses i vilken grad ersättningen bestäms på förhand. En retrospektiv ersättning bestäms i efterhand, vanligtvis baserad på de faktiska kostnader som uppstått. En prospektiv ersättning bestäms i stället på förhand, dvs. innan produktionen påbörjats. Beroende på utformningen i dessa båda dimensioner bestäms hur den finansiella risken fördelas mellan vårdfinansiären och vårdgivare. Likaså kan finansiären påverka i vilken utsträckning vårdgivare har ekonomiska incitament att öka volymen vård och i vilken utsträckning det är viktigt att kontrollera verksamhetens kostnader. Dessa incitament är i sin tur kopplade till övergripande mål om kostnadseffektivitet och kostnadskontroll.

Figur 2.2 Egenskaper och incitament i ersättningssystem baserat på dimensionerna rörligt/fast respektive retrospektiv/prospektiv



Källa: Efter Jegers M., et al. Health Policy 2002; 60:255-73.

Fyra typsituationer kan beskrivas utifrån kvadranterna i figur 2.2. I kvadranten som beskriver en rörlig och retrospektiv ersättning har vårdproducenterna starka incitament att utöka volymen vård oavsett vilka kostnader som uppstår per fall och totalt sett. Vårdproducenterna garanteras i princip full kostnadstäckning för verksamheten oavsett vilka kostnader som uppstår. Givet att det inte finns några begränsningar att införskaffa de resurser som krävs för produktionen (läkare, utrustning, läkemedel etc.) finns inga ekonomiska incitament att hushålla med vare sig volymen vård eller de olika insatser som krävs för att tillhandahålla olika behandlingar. Hela den finansiella risken ligger på hälso- och sjukvårdens finansiärer. Principiellt sett finns stor risk för två olika typer av problem. Det ena problemet har att göra med totalkostnadskontroll. Det finns stor risk för att volymen vård blir alltför stor sett till de alternativa värden som kunnat uppnås om pengarna i stället använts till annan verksamhet.¹ Det andra problemet har att göra med kostnadseffektivitet. Det finns stor risk att vårdfinansiären också får betala för ineffektiviteter i verksamheten, t.ex. genom att vårdproducenter inte använder sig av personal eller utrustning på lämpligt sätt.

För att ändra på de ekonomiska incitamenten kan finansiären förskjuta en del av den finansiella risken till vårdproducenterna genom att göra ersättningen mer prospektiv. Ett exempel är att vårdgivare får en fast ersättning för olika typer av standardiserade vårdtjänster som definierats på förhand. Med en fast ersättning för olika behandlingar har vårdproducenterna fortfarande incitament att utöka volymen. Däremot får man ekonomiska incitament att kontrollera kostnaderna per fall så att dessa inte överstiger ersättningen. Om det finns möjligheter för ägarna att plocka ut vinst ur verksamheten blir dessa ekonomiska incitament ännu tydligare. Genom en fast ersättning per fall utsätts även vårdproducenterna för en finansiell risk. Om man inte klarar att producera till en kostnad som åtminstone motsvarar ersättningen går man med förlust. Problemet med att kontrollera verksamhetens totalkostnader är dock oförändrat och får lösas av finansiären på annat sätt, exempelvis genom att den volym vård som ersätts begränsas.

¹ Resonemanget utgår naturligtvis ifrån att den rörliga ersättningen är anpassad till kostnaderna för att utöka produktionen. En rörlig ersättning som understiger de kostnader som är förknippade med att utöka volymen vård ger inga incitament att utöka produktionen.

Finansiären kan överföra ytterligare finansiell risk på vårdproducenterna genom att låta ersättningen vara både prospektiv och fast. I så fall tilldelas utförarna en förutbestämd total ramersättning under viss period (exempelvis ett år) som inte påverkas av om volymen vård ändras. De ekonomiska incitamenten att utöka volymen vård försvinner till förmån för starka incitament att kontrollera totalkostnaderna. Den finansiella risken ligger nu helt på producenterna. Det skapar bra förutsättningar för att uppnå totalkostnadskontroll.² Effekterna på kostnadseffektiviteten är mer osäker. En möjlighet för vårdgivarna att lösa problem med totalkostnadskontrollen är ju att minska volymen vård. Problemet med att skapa en kostnadseffektiv produktion får därmed lösas på annat sätt, exempelvis genom att vårdfinansiären ställer krav på att viss volym vård ska tillhandahållas inom ramen för den beviljade ersättningen.

I den sista kvadranten med retrospektiv och fast ersättning ökar den finansiella risken för vårdgivare ytterligare. Vårdgivarna tilldelas en bestämd ram för verksamheten men får inte reda på hur stor denna ram är förrän i efterhand. En sådan situation skulle t.ex. kunna uppstå om vårdgivare får ett besparingsbeting i slutet av året till följd av radikalt försämrade finansieringsvillkor för verksamheten. Även om principen kan betraktas som ett undantag i västvärlden är den i praktiken vanlig vid fördelning av offentliga medel till hälso- och sjukvården i fattiga länder.

Ersättningsprinciper som lägger hela den finansiella risken antingen på vårdfinansiären eller på vårdgivarna leder lätt till missnöje hos endera parten. Med en retrospektiv och rörlig ersättning har vårdgivare anledning att vara nöjda eftersom de slipper bekymra sig om både kostnadseffektivitet och kostnadskontroll. Även den vårdsökande delen av befolkningen har anledning att vara nöjd eftersom det finns större möjligheter att man får det man önskar sig. Däremot kommer knappast finansiären att vara nöjd eftersom man inte kan kontrollera kostnadsutvecklingen eller hushållningen med resurser. Därmed finns även anledning för missnöje bland alla som ska betala för vården via skatt. En retrospektiv ersättning är därför sällan någon lösning sett i finansiärens (eller skattebetalarnas) perspektiv. De alternativ som

² Resonemanget förutsätter naturligtvis att de finansiella villkoren gäller. I en situation där offentligt ägda vårdproducenter inte bryr sig om tilldelade budgetar eftersom de anser att budgetarna saknar koppling till verksamhetens förutsättningar kan incitamenten att kontrollera kostnaderna gå helt förlorad.

kan vara aktuella i praktiken är i huvudsak olika kombinationer av fast eller rörlig prospektiv ersättning, alternativt att den retrospektiva ersättningen kopplas samman med någon form av kostnadskontroll. En fast och retrospektiv ersättning definierar den andra extrempunkten som lätt leder till missnöje bland vårdproducenterna. Särskilt i en situation där det ställs tuffa krav på prioriteringar kommer detta missnöje även att spridas till vård-sökande patienter. Man kan därför hävda att även denna ytterlighet i någon mening är instabil eftersom hela den finansiella risken ligger på producenterna.

Utformning av ersättningsprinciper handlar därför till stor del om att hitta en acceptabel balans för hur den finansiella risken ska fördelas mellan vårdfinansiär och vårdgivare. Det måste finnas rimliga möjligheter för vårdgivare att hantera sin roll som ”dubbel-agent” gentemot patienter och vårdfinansiärer. I praktiken kan också en utveckling mot prospektiva ersättningsprinciper noteras i flertalet länder. I de länder där ersättningen tidigare varit fast, t.ex. i Sverige, finns också en utveckling mot mer rörlig ersättning. På samma sätt finns en utveckling mot mer fast ersättning i länder där ersättningen tidigare i huvudsak varit rörlig, exempelvis inom hälso- och sjukvården i USA.

En målbaserad ersättning är alltid rörlig utifrån vårdproducenternas perspektiv och utgår vanligtvis från att en ersättning utfaller om något förutbestämt mål uppnås. Om sådana *absoluta mål* används är den målbaserade ersättningen rörlig och prospektiv. Om den målbaserade ersättningen i stället knyts till *relativa mål* kan ersättningen bli rörlig och retrospektiv sett ur vårdgivarnas perspektiv samtidigt som den är fast och prospektiv för finansiären. Ett konkret exempel är om finansiären beslutat att ett visst fast ersättningsbelopp får delas mellan de 10 procent av vårdgivarna som är bäst på att uppnå vårdgarantins krav. Finansiären vet på förhand hur mycket ersättning som ska betalas ut totalt sett. Samtidigt vet varje enskild vårdgivare inte på förhand om man kommer att få någon ersättning eller inte, även om anstränger sig för att nå målet.

2.1.2 Objekt för ersättningen

En ytterligare dimension som har stor betydelse för utfallet av olika ersättningsprinciper är *vad* som ersätts. Jacobsson (2007) har

identifierat flera olika objekt för ersättningen utifrån de lösningar som identifierats av Jeger m.fl. I princip kan objekten härledas till en enkel produktionsmodell där man skiljer mellan resursinsatser/-input, prestationer/output respektive måluppfyllelse. Den fasta/-prospektiva ersättningen baseras vanligen på olika resursinsatser eller fasta anslag för registrerade individer eller patienter. Den rörliga/prospektiva ersättningen kan baseras på volymen prestationer alternativt den måluppfyllelse som uppnås (se tabell 2.1).

Tabell 2.1 Alternativa objekt vid fast/prospektiv respektive rörlig/prospektiv ersättning

Typ av ersättning	Fast och prospektiv ersättning		Rörlig och prospektiv ersättning	
Typ av objekt	Resursinsatser/ Input	Registrerade individer eller patienter	Prestationer/ Output	Måluppfyllelse
Exempel	- Anslag uppdelat på kostnadsslag (löner, utrustning, läkemedel etc.) utan möjlighet till omför- delning. - Ramanslag med möjligheter till omför- delning mellan kostnadsslag.	- Fast ersättning för varje registrerad individ under viss bestämd period, med eller utan justering uti- från förväntat vårdbehov, s.k. kapitering.	- Per besök, vårdtag, vårdtillfälle etc. - Per produktgrupp, t.ex. DRG (Diagnosrelater- ade grupper). - Per definierad vårdepisod.	- Ersättning utifrån uppfyllelse av vårdgarantis mål. - Ersättning utifrån hur väl behandlingsmål för kroniskt sjuka uppnås (exempelvis kontroll av blodtryck eller kolesterol). - Ersättning utifrån vårdens påverkan på patienters livskvalitet.

Beroende på val av objekt enligt tabell 2.1 får vårdgivarna olika ekonomiska incitament och förutsättningar för att driva verksamheten. Det påverkar också den vård som patienterna får.

Ersättning baserat på resursinsatser

För prospektiva/fasta ersättningar som baseras på resursinsatser skiljer sig incitamenten beroende på om ersättningen baseras på en detaljerad budget, där det inte finns möjligheter till omfördelning mellan kostnadsslag och/eller områden, alternativt om ersättningen är en ram där det finns möjligheter till sådan omfördelning. Ett argument för att låsa anslagen till olika kostnadsslag eller områden är att finansiären direkt kan kontrollera prioriteringar i verksamheten. Utan möjligheter till omfördelningar finns dock risk för suboptimeringar eftersom de som utför vården inte kan lösa problem med "flaskhalsar" genom att flytta resurser från ett område till ett annat. Varje sådan omfördelning kräver godkännande av finansiären och blir därmed administrativt krångligt. Om den fasta ersättningen knyts till resursinsatser finns inga ekonomiska incitament att vara lyhörd för patienters önskemål, oavsett möjligheter till omfördelningar eller inte. Tvärtom kan vårdproducenter med en god tillgänglighet få ekonomiska problem eftersom sådana egenskaper kan ge ökad patienttillströmning utan att ersättningen ändras.

Ersättning per registrerad individ (kapitation)

Om pengarna i stället följer patientens val blir den fasta ersättningen beroende av antalet registrerade individer hos varje vårdenhets, s.k. kapitering. I finansiärens perspektiv uppnås fortfarande full kostnadskontroll eftersom det är bestämt på förhand hur mycket total ersättning som ska betalas ut. Däremot skapas konkurrens om ersättningen mellan vårdgivarna, vilket ger ekonomiska incitament att vara lyhörd även för patienters önskemål.

En ersättning för varje registrerad individ kan mer eller mindre grovt ta hänsyn till den förväntade kostnaden för olika registrerade individer. Om t.ex. fler äldre, små barn eller kvinnor väljer att registrera sig hos viss vårdenhets kommer den förväntade vårdkostnaden för denna enhet att bli högre än för en enhet som listat ett genomsnitt av befolkningen. Förklaringen är att äldre, små barn och kvinnor konsumerar mer vård än genomsnittet. För att motverka att vårdgivare undviker att registrera individer med större

vårdbehov finns därför anledning att riskjustera ersättningen (Robinson 2001; Gosden m.fl. 2004).

En riskjustering baserat på ålder och kön ger mer rättvisa ersättningsprinciper. En sådan enkel justering hjälper dock inte de vårdenheter där t.ex. fler individer med kroniska sjukdomar registrerat sig. För att hantera en sådan variation behövs ytterligare riskjustering utifrån förväntad vårdtyngd, exempelvis med utgångspunkt i registrerade individers tidigare diagnoser. En vanlig metod för en sådan diagnosbaserad riskjustering av ersättningen är ACG ("Adjusted Clinical Groups"), vilken används för ersättning inom primärvården i bl.a. Region Skåne och Västra Götalandsregionen.³ På så sätt kan en högre ersättning utgå för en registrerad individ med diabetes och hjärtsvikt jämfört med en individ i samma ålder utan kroniska besvär.

En riskjustering utifrån förväntad vårdtyngd, oavsett om det mäts utifrån ålder, kön och/eller diagnoser, tar inte hänsyn till andra faktorer som kan påverka de förväntade vårdkostnaderna. Exempel är om patienterna inte förstår svenska eller om det finns en social problematik som innebär att varje besök tar längre tid eller att det finns högre risk för vårdbehov i framtiden. Utöver riskjusteringen baserat på förväntad vårdtyngd kan det därför finnas anledning att justera ersättningen per individ efter socioekonomiska skillnader (Rosen et al 2003). Med en sådan justering kan man t.o.m. göra det extra lönsamt för vårdenheter att etablera sig i områden med social problematik.

En utvecklad riskjustering med hänsyn till vårdtyngd och socioekonomi blir naturligtvis mera komplicerad. De system som används för justeringen måste hela tiden utvecklas utifrån förändringar i klinisk praxis. Om ett nytt läkemedel tas fram för individer med diabetes kan exempelvis de förväntade kostnaderna för denna patientgrupp öka. Likaså kan kostnaderna minska när befintliga läkemedel förlorar sina patent och priserna sjunker. Förutom kostnaderna för att kontinuerligt utveckla systemen för riskjustering krävs insamling av data från vårdenheter, exempelvis av diagnoser för registrerade individer och uppgifter om socioekonomiska förhållanden. De fördelar som kan vinnas med mera komplicerade system för riskjustering måste därför vägas mot de högre administrativa kostnaderna.

³ För ytterligare beskrivning av ACG och dess bakgrund, se Majeed et al, 2001.

Det finns också andra viktiga utmaningar att ta hänsyn till. Oavsett om ersättningen per registrerad individ riskjusteras eller inte ger en hög andel fast ersättning snarast ekonomiska incitament att underbehandla. Det kan handla om att inte genomföra de återbesök som behövs eller inte använda de läkemedel eller den diagnostik som är motiverad. I den utsträckning som individer har information om skillnader i kvalitet mellan olika vårdenheter kan dessa incitament motverkas. Individer kan helt enkelt välja bort de vårdenheter där kvalitén är för dålig. Om det finns brister i individens möjligheter eller intresse av att välja, vilket stämmer bättre med praktiken, finns all anledning för landstinget att komplettera styrningen genom att ställa krav på och följa upp verksamheten (Anell 2010). Den fasta ersättningen per individ kan också kompletteras med en målbaserad ersättning i syfte att främja hög kvalitet.

Ersättning per prestation

För rörliga och prospektiva ersättningar finns en mängd olika potentiella prestationer att koppla ersättningen till. De vanligaste prestationsmått som används är besök, vårddagar och grupperade vårdtillfällen. Incitamenten förändras på ett avgörande sätt beroende på vilken typ av objekt som används. Ersättning per besök är en vanlig ersättningsprincip för öppen vård internationellt, antingen som enda ersättningsprincip eller i kombination med en fast ersättning per registrerad individ. Ett vanligt argument mot en ersättning per besök är att detta ger vårdgivare ekonomiska incitament att maximera antalet besök, snarare än att fördela resurserna efter patienters behov. Principen kan också motverka ett optimalt användande av resurser, exempelvis genom att sjuksköterskor övertar en del av läkarnas besök.

På samma sätt får ett sjukhus som ersätts utifrån antalet vård-dagar ekonomiska incitament att skriva in patienter i slutenvård och behålla dem där så länge som möjligt. En förändring av medicinsk teknologi som innebär att man kan behandla patienter i öppen vård kan snarast bli ett ekonomiskt problem. Om ersättningsprinciperna inte anpassas till de nya förutsättningarna kan en positiv utveckling bromsas genom att sjukhusen fortsätter att behandla patienter inom slutenvård eftersom detta ger bättre betalt. En ersättning baserat på grupperade vårdtillfällen i form av

exempelvis diagnosrelaterade grupper (DRG)⁴ ger andra ekonomiska incitament. Det gäller att öka volymen vård men samtidigt kontrollera kostnaderna per vårdtillfälle, exempelvis genom att minska på vårdtiderna och överföra insatser till öppen vård.

Sett utifrån de ekonomiska incitamenten är det naturligtvis bättre om den rörliga och prospektiva ersättningen kopplas till förfinade beskrivningssystem snarare än grova mått som antalet besök, vård dagar eller vårdtillfällen. Med förfinade beskrivningssystem blir ersättningsprinciperna mer rättvisa genom att man kan ta hänsyn till att patienter har olika vårdtyngd. Samtidigt ställs högre krav på utvecklingsarbeten för att ta fram och underhålla systemen. Det DRG-system som används i Sverige revideras och utvecklas exempelvis fortlöpande i takt med att medicinsk teknologi och vårdpraxis förändras. Om så inte sker finns stor risk för att ersättningssystemen motverkar införandet av innovationer som är bra för vården och patienterna, vilket skulle vara en stor förlust. Det är inte självklart att avancerade beskrivningssystem är att föredra. De högre administrativa kostnader som sådana lösningar för med sig måste vägas mot nyttan.

Ersättning per vårdepisod

En ny typ av objekt som diskuteras i svensk vård och i andra länder är ersättning för en hel definierad vårdepisod. Ett exempel är om vårdfinansören skulle ersätta behandling av hela vårdkedjan för stroke – från akuta insatser till rehabiliteringen – med ett enda fast belopp. En viktig poäng med en sådan ersättning är att skapa ekonomiska incitament för samordning mellan enheter och professioner. Det finns också starka incitament att göra rätt från början, exempelvis att tidigt i vårdförloppet ge insatser som underlättar den efterföljande rehabiliteringen.

Tankegångarna om ersättning för hela vårdepisoder har vuxit fram i kölvattnet av kritik mot traditionella ersättningssystem som fokuserat enskilda prestationer hos avgränsade enheter, snarare än

⁴ Diagnosrelaterade grupper (DRG) är ett system för att klassificera utskrivningsdiagnoser i likartade grupper utifrån förväntade kostnader. DRG systemet utvecklades ursprungligen i USA för att kunna beskriva och jämföra den slutna vården vid olika sjukhus. Därefter har DRG använts som grund för ersättningen och spridit sig till en rad länder, däribland Sverige. DRG-systemet omfattar numera även den öppna vården vid sjukhusen och den variant av systemet som används i Sverige utvecklas fortlöpande inom ramen för ett nordiskt samarbete (Nord DRG).

de processer som är viktiga i patienternas perspektiv. Argumentet har varit att den traditionella ersättningen leder till sub-optimeringar och skapar incitament som inte främjar en helhetssyn. En fokusering på enskilda prestationer kan också innebära att sjukhus får betalt för vårdtillfällen som genererats av brister eller t.o.m. direkta fel i tidigare led.

Även om en ersättning per vårdepisod skulle kunna främja en helhetssyn och att berörda vårdenheter gör rätt från början genererar lösningen också nya problem. Det gäller exempelvis hur ersättningen per vårdepisod ska justeras med hänsyn till svårighetsgraden för olika patientfall. I detta sammanhang kan man dra en direkt parallell till behovet av att riskjustera en ersättning baserat på registrerade individer.⁵ Ett annat problem är hur de enheter som trots allt är involverade i vårdprocessen ska tilldelas resurser.

Ersättning baserat på målpuppfyllelse

Målbaserad ersättning är en förhållandevis ny ersättningsprincip. Ett viktigt särdrag jämfört med andra ersättningsformer är att det finns en mängd olika typer av mål som ersättningen kan kopplas till. En målbaserad ersättning kan också utvecklas utifrån olika perspektiv. I första hand finns anledning att skilja mellan mål på övergripande systemnivå respektive mål på terapeutisk nivå.

Exempel på mål på systemnivå är WHO:s tidigare referensram i Världshälsorapporten år 2000 som skiljde mellan förbättrad folkhälsa ("health"), rättvis finansiering ("fair financial contribution") respektive lyhördhet för människors förväntningar ("responsiveness to people's non-medical expectations"). Ett annat exempel är Lamarche et al (2003) som identifierade sju olika mål för primärvården:

- effektivitet,
- kvalitet,
- kostnadskontroll,
- kontinuitet,
- tillgänglighet,
- rättvis tillgång till vård, samt
- lyhördhet mot patienters önskemål.

⁵ En ersättning per vårdkedja kan med denna utgångspunkt även beskrivas som ett specialfall av kapitation per diagnos eller hel behandlingsprocess.

Ytterligare exempel på referensram över systemmål är Socialstyrelsens definition av "God vård" utifrån sex kvalitetsområden:

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård,
- effektiv hälso- och sjukvård,
- hälso- och sjukvård i rimlig tid,
- säker hälso- och sjukvård,
- patientfokuserad hälso- och sjukvård,
- jämlik vård.

De dimensioner som definierats av Socialstyrelsen har fått stor spridning i svensk hälso- och sjukvård och används flitigt vid utformning av målbaserad ersättning. Referensramen kan också användas för att analysera de tillämpningar som existerar i praktiken. Exempelvis kan regeringens satsningar på extra resurser kopplat till vårdgarantin beskrivas som en målbaserad ersättning utifrån kvalitetsdimensionen "hälso- och sjukvård i rimlig tid".

Oavsett vilken referensram som används för mål på systemnivå finns stort utrymme för egna prioriteringar och värderingar om vilka mål som ska lyftas fram framför andra. På detta sätt finns skillnader jämfört med de mål som vanligen används på terapeutisk nivå, som i större utsträckning formuleras utifrån vetenskaplig evidens. En målbaserad ersättning på systemnivå ger stort utrymme för politiska prioriteringar. En målbaserad ersättning på terapeutisk nivå kan till större del vila på vetenskaplig grund.

En målbaserad ersättning på den terapeutiska nivån blir ofta knuten till viss behandling eller patientgrupp. I både USA och i brittisk primärvård är det t.ex. vanligt att målbaserad ersättning knyts till diabetesvården. Även om de konkreta målen på så sätt kommer att variera mellan område och patientgrupper finns gemensamma referensramar som kan användas för diskussion om vilken typ av mål som ska användas. Den mest använda referensramen är Donabedian's uppdelningen mellan struktur-, process- och resultat kvalitet ("structure", "process" and "outcome"). Utgångspunkten är att vårdens resultat kvalitet ("outcome") påverkas av vårdgivares resurser och kunskaper ("structure") men även av hur dessa resurser och kunskaper används och vilka åtgärder och metoder som sätts in för patienterna ("process"). Inom området diabetes kan flera olika objekt för en målbaserad ersättning konstrueras utifrån denna referensram enligt tabell 2.2.

Tabell 2.2 Exempel på objekt för målbaserad ersättning baserat på struktur-, process- och resultatmått inom området diabetes

Typ av mål	Exempel på objekt för målbaserad ersättning	Ekonomiska incitament
Strukturmått	Förekomst av diabetesmottagning med specialistsjuksköterska	Incitament att införa diabetesmottagning om ersättning motsvarar kostnaderna.
Processmått	Kontroll av testvärden för diabetiker enligt vårdprogram.	Incitament att införa kontroller om ersättning motsvarar kostnaderna.
Intermediärt resultatmått	Andel diabetiker som når behandlingsmål (ex. HbA1c, blodtryck, kolesterolnivå).	Incitament att vidta åtgärder som gör att behandlingsmålen nås.
Resultatmått	Minskat antal komplikationer till följd av diabetes.	Incitament att vidta åtgärder som gör att antalet komplikationer reduceras.

Beroende på vilket objekt som väljs för den målbaserade ersättningen skapas olika ekonomiska incitament för de vårdproducenter som berörs. En extra ersättning för vårdenheter som satsat på att införa särskild diabetesmottagning med specialistsjuksköterska ger ekonomiska incitament för just en sådan förändring. Logiken bakom en sådan ersättning är att flera studier visat att särskilda diabetesmottagningar är bra för kvaliteten. Om fler vårdenheter investerar i sådana mottagningar finns därför goda skäl att anta att kvalitén på diabetesvården förbättras. Ett alternativ är att betala en extra ersättning utifrån om diabetespatienter genomgår kontroller enligt vårdprogram eller inte, oavsett om kontrollerna utförs vid särskilda diabetesmottagningar med specialistsjuksköterskor eller av allmänläkarna själva. Även sådana processmål kan ha stöd i vetenskaplig evidens. Precis som vid införande av diabetesmottagningar finns inte någon garanti för att behandlingsmålen faktiskt nås med dessa insatser. En extra ersättning om behandlingsmålen uppnås ger ytterligare incitament att införa både kontroller och särskilda mottagningar, förutsatt att vårdgivarna själva bedömer att sådana åtgärder är lämpliga för att nå målen. Till skillnad från en målbaserad ersättning baserat på struktur- eller processmått får vårdenheter dessutom ekonomiska incitament att själv komma på ytterligare

åtgärder som kan bidra till en måluppfyllelse. Samma incitament att ta fram egna innovationer gäller om den målbaserade ersättningen i stället kopplas till egentlig patientnytta, t.ex. i form av minskat antal komplikationer hos diabetiker. Denna skillnad mellan olika mått i termer av vilka drivkrafter som genereras är viktig. En målbaserad ersättning baserad på olika former av resultatmått kan bidra till att nya innovationer tas fram, medan en målbaserad ersättning baserad på struktur- och processmått utgår från syftet att sprida befintlig kunskap om insatser som främjar en god vård.

2.2 Aktiva finansiärer och kombinerade ersättningsprinciper

Som framgått av resonemanget hittills finns för- och nackdelar med alla ersättningsprinciper. Oavsett vilken princip som används finns behov av en kompletterande styrning som gör att man kan undvika negativa effekter. Den närmare inriktningen på den kompletterande styrningen beror på vilken lösning som valts, se tabell 2.3.

I princip kan två typsituationer identifieras. Om ersättningen är fast finns anledning för finansiären att särskilt följa upp användningen av resurser så att producenterna inte ger för lite vård och/eller att kostnaderna i produktionen är rimliga. Om ersättningen utgår per individ finns dessutom anledning att riskjustera ersättningen för att undvika att vårdenheter väljer bort vårdkrävande patienter. Om ersättningen är rörlig finns i första hand anledning att lösa problem med totalkostnadskontrollen och se till så att inte för mycket vård produceras.

Tabell 2.3 För- och nackdelar med olika ersättningsprinciper och kompletterande krav på styrningen

Ersättningsprincip	Fördelar	Nackdelar	Kompletterande krav på styrning
Anslag per kostnadsslag	Möjliggör central kontroll av resursfördelningen. God kostnadskontroll.	Inga direkta incitament för vårdgivare att vara produktiv. Risk för 'underproduktion'. Hindrar substitution mellan kostnadsslag.	Följ upp användning av resurser och produktivitet.
Ramanslag	God kostnadskontroll. Tillåter substitution mellan kostnadsslag. Låga administrationskostnader.	Inga direkta incitament för vårdgivare att vara produktiv. Risk för 'underproduktion'.	Följ upp användning av resurser och produktivitet.
Ersättning per registrerad individ (kapitering)	God kostnadskontroll. Vårdgivare har incitament att vara effektiva i kombination med val för befolkning. Låga administrationskostnader.	Riks för att vårdgivare undviker patienter med stora vårdbehov och höga kostnader. Risk för 'underproduktion'.	Riskjustera ersättningen per individ utifrån förväntade vårdbehov. Följ upp användning av resurser och produktivitet.
Ersättning per åtgärd ("fee-for-service")	Incitament att producera många besök och insatser.	Riks för ökade kostnader. Höga administrationskostnader	Kostnadskontroll genom pris- och/eller volymtak.
Ersättning per behandling (t.ex. DRG)	Incitament att producera många behandlingar.	Risk för ökade kostnader. Höga administrationskostnader. Riks för att vårdgivare undviker patientfall med förväntade kostnader som överstiger ersättning.	Kostnadskontroll genom pris- och/eller volymtak. Skapa tilläggsersättningar för svåra patientfall.

Kravet på kompletterande styrning leder i sin tur till en viktig slutsats – hälso- och sjukvårdens finansiärer måste se sig själv som en aktiv beställare av vård snarare än en passiv finansiär. Det räcker inte med att utforma ändamålsenliga ersättningsprinciper utan vårdfinansiären måste även bygga upp en kompetens så att man kan påverka på andra sätt. Erfarenheter i både Sverige och i andra länder visar att det är svårt. Hälso- och sjukvården är föremål för styrning från en rad olika håll – politiskt, administrativt och av den medicinska professionen (Blomqvist 2007). Styrningen sker dessutom på olika nivåer som i hög grad tycks frikopplade från varandra. Politiker upplever inte sällan att deras beslut inte får genomslag i verksamheten och att vården och särskilt läkarna är svårstyrda. Verksamhetsansvariga upplever å sin sida att politiker har bristande förståelse för verksamhetens villkor och att politiker alltför ofta intresserar sig för detaljer (Paulsson 2009).

För att minska på behovet av kompletterande styrning kan det vara lämpligt att kombinera olika ersättningsprinciper med varandra. Det är också en vanlig rekommendation i litteraturen. Jacobsson (2007) har identifierat tre kombinationer som bedöms ha särskild relevans med tanke på praxis i svensk hälso- och sjukvård:

- Ersättning per individ (kapitation) i kombination med ersättning per åtgärd. Ersättning per individ ger totalkostnadskontroll och ersättning per åtgärd kan användas inom de områden där en ökad volym vård är mest motiverad. Ett exempel är ersättning per individ i kombination med extra ersättning för preventiva åtgärder till vårdenheter inom primärvården.
- Prospektiv ersättning per tillstånd eller produktgrupp i kombination med anslag grundat på historiska kostnader. Kan exempelvis användas som ersättningsprincip för sjukhusvård för att stimulera ökad produktion inom ramen för viss kostnadskontroll. En svår fråga är hur stort anslaget bör vara. Om den prospektiva ersättningen blir för liten (under marginalkostnaden för att öka produktionen) skapas inga incitament till utökad produktion. Om den blir för hög skapas samma incitament som vid full prospektiv ersättning.
- Ovanstående kombinationer med tillägg av målbaserad ersättning. Ovanstående två principer kan kombineras med ersättning som baseras på måluppfyllelse.

För sjukhusvården kombinerar de flesta landstingen sedan länge fasta ersättningar med en ersättning per prestation baserat på DRG. Den prestationsbaserade ersättningen kompletteras undantagslöst med åtgärder i syfte att kontrollera totalkostnaderna, t.ex. reducerad eller ingen ersättning när man nått viss volym eller kostnadsnivå. I primärvården har ersättning per registrerad individ blivit den vanligaste principen inom ramen för s.k. vårdvalssystem. I de flesta landsting kombineras den fasta ersättningen med viss rörlig ersättning per besök och även med en målbaserad ersättning. Även för sjukhusvården finns ambitioner på många håll att komplettera den befintliga ersättningen med viss ersättning baserat på målpuppfyllelse.

2.3 Empiriska studier

Genomgången av alternativa ersättningsprinciper och konsekvenser för styrningen baseras i huvudsak på logiska resonemang utifrån ekonomiska incitament. Sett till empirisk forskning om de effekter som uppstår i praktiken kommer de flesta studier från USA. Två frågeställningar har präglat forskningen fram till millennieskiftet. Den första frågeställningen avser effekter av övergången till prospektiva ersättningsprinciper för sjukhusvård baserat på DRG. Den andra frågeställningen avser effekter av olika ersättningsprinciper för läkare i öppen vård. En tredje frågeställning har utvecklats framför allt under det senare årtiondet och berör effekterna av målbaserad ersättning. En fullständig sammanfattning av forskningen om de två första frågeställningarna – prospektiva ersättningar till sjukhus eller ersättning till läkare i öppen vård – ligger utanför rapportens syften. Det finns dock några allmänna resultat från tidigare forskning som kommer att lyftas fram i detta kapitel. Ett första viktigt resultat är att en förändring av ersättningsprinciperna faktiskt har betydelse. Åtminstone tidigare har hävdats i både Sverige och andra länder att vården styrs av en professionalism och etik som innebär att ekonomiska incitament inte har någon större betydelse för verksamheten och dess utveckling. Ett andra viktigt resultat är att effekterna av en viss ersättningsprincip beror på sammanhanget. Samma ersättningsprincip kan få olika effekt beroende på vilken ersättningsprincip som använts tidigare. Sammanhangets betydelse innebär att det är svårt att förutsäga effekterna i varje enskilt fall. Det påminner om

att ekonomiska incitament inte existerar i ett vakuum utan att det också finns andra incitament som påverkar vårdgivares beteende. Forskning om den tredje frågeställningen – effekter av en mål-baserad ersättning – kommer att behandlas mer uttömmande i kapitel fyra.

Studier om effekter av ersättning per DRG

I USA genomfördes flera studier under 1980-talet och början av 1990-talet som följde av beslutet att använda DRG som grund för ersättningar inom det federala försäkringssystemet Medicare. Medicare är den enskilt viktigaste finansören inom amerikansk vård eftersom man finansierar vården för alla över 65 år. Förändringar inom Medicare får därför stora konsekvenser för inte minst sjukhusen. Före beslutet att införa ersättning per DRG våren 1983 fick sjukhusen betalt från Medicare baserat på åtgärder och en förutbestämd taxa, s.k. "fee-for-service". DRG-ersättningen sågs främst som en ny ersättningsprincip för att åstadkomma bättre kostnadskontroll. Samtidigt fanns farhågor om att den nya ersättningen skulle påverka vårdens kvalitet negativt, exempelvis genom att ge anledning för sjukhus att undvika svåra patientfall och/eller att patienterna skulle skrivas ut från sjukhusen "quicker and sicker" i syfte att reducera kostnaderna per fall. Viktiga frågeställningar i de studier som genomfördes var därför huruvida kostnadsutvecklingen hade påverkats och om det fanns några icke-önskvärda "bieffekter" på vårdens kvalitet. Senare, under 1990-talet, har studier på samma tema genomförts i andra OECD-länder som infört DRG som grund för ersättningen till sjukhus, däribland Sverige.

Sammanfattningsvis visar studier att kostnadsökningarna för Medicare reducerades efter att en ersättning per DRG införts. DRG bidrog också till en utveckling mot kortare medelvårdtider och överföring av vård till öppna former. Några år efter införandet återgick dock kostnadsökningstakten till samma nivå som före 1983. Den nya ersättningsprincipen påverkade således inte den långsiktiga kostnadsutvecklingen. De studier som genomförts har inte kunna bekräfta några negativa effekter på kvalitén. De kvalitetsmått som använts har dock varit förhållandevis grova. Däremot var det tydligt att utvecklingen mot kortare medelvårdtider ställde större krav på vården utanför sjukhusen och

att man inte var helt förbered på denna utveckling (se vidare Anell, 1994).

Ersättning baserat på DRG eller motsvarande grupperade vårdtillfällen inom sjukhusvården har successivt under 1990-talet införts i en rad andra länder (Scheller-Kreinsen m.fl. 2009). För svenskt vidkommande finns flera empiriska studier. Jonsson (1994) jämförde effekter av den s.k. Stockholmsmodellen med DRG-baserade ersättningar till sjukhusen som infördes 1992 med utvecklingen för 14 landsting med traditionell anslagsstyrning till sjukhusen. Studien visade att produktiviteten ökade i Stockholm, mest beroende på att man producerade fler behandlingar. Någon sådan utveckling kunde inte noteras i de andra landstingen. Den främsta effekten av DRG-ersättning i svensk vård tycks alltså ha varit att sjukhusen producerade fler vårdtillfällen. Det skapade också problem i Stockholmsmodellen eftersom det inte fanns mer pengar som kunde finansiera den ökade volymen vård. Någon sådan effekt på totalkostnaderna fanns inte i USA. Där infördes DRG som en metod för att begränsa den kostnadsutveckling som drivits fram av en ersättning baserat på enskilda insatser för varje patientfall. Jonsson gjorde senare en motsvarande analys för Dalarna respektive Örebro (Jonsson 1995) och fann liknande resultat för åtminstone Dalarna. Gerdtham m.fl. (1999) jämförde landsting med anslagsfinansiering respektive DRG-ersättning till sjukhus med data från perioden 1989 till 1995 och med en annan metod än Jonsson. Gerdtham m.fl. konstaterade att prestations-ersättningen hade en produktivitetshöjande effekt, men att denna var av engångskaraktär.

Studier om ersättning till öppen vård

Internationella studier om ersättningsprinciper till öppen vård har i huvudsak fokuserat primärvården och motiverats av förändringar i praxis. I de flesta OECD-länder arbetar läkare i primärvården som egna entreprenörer med ersättning från finansörer enligt kontrakt. Primärvården drivs således i privat regi även om finansieringen är offentlig. Ersättningen utgår av tradition till enskilda läkare, som sedan finansierar de övriga insatser som krävs vid mottagningen. Den vanligaste ersättningsformen är "fee-for-service". Det är en stor skillnad jämfört med svensk primärvård där ersättningen alltid utgår till vårdenheten och i huvudsak är fast per registrerad individ.

En till stora delar utforskad men för svenskt vidkommande intressant fråga är hur en ersättning till läkare eller vårdenhet påverkar verksamheten. I princip kan en ersättning till enskilda agenter i en miljö som kräver samarbete underminera intresset för samarbete. Det skulle tala för att de svenska traditionerna med ersättning till vårdenheter är bra. Å andra sidan kan en ersättning till enheter lätt leda till problem med produktiviteten om enskilda yrkesutövare åker snålskjuts på kollegers arbetsinsatser (Robinson 2001).

I flera länder har det funnits problem med kostnadskontrollen eftersom ersättningen till läkare i öppen vård i huvudsak är rörlig. Den vanligaste lösningen för att komma tillrätta med ökande kostnader har varit att reducera ersättningen för olika åtgärder. Sådana prissänkningar har inte sällan lett till att allmänläkarna ökat volymen besök för att på så sätt behålla sina inkomster (Simoens & Giuffrida, 2004). Andra förekommande lösningar från finansiärer har varit att införa volymtak eller krav på återbetalning av viss del av ersättningen om ett definierat kostnadstak överskrids. Ytterligare åtgärder har varit ambitioner att reformera ersättningsprinciperna och ge läkare ett fast belopp för varje registrerad patient eller t.o.m. en fast lön, dvs. använda de principer som är tradition i Sverige.

Resultaten från empiriska studier om effekter av olika ersättningsformer till läkare i öppen vård överensstämmer i huvudsak med vad man kan förvänta sig baserat på en analys av skillnader i ekonomiska incitament (Meyer et al 2000; Gosden et al 2004). Med fast lön som ersättningsform blir volymen vård (mätt som antalet besök och diagnostiska tester) lägre jämfört med en fast ersättning per registrerad individ eller ersättning per besök. Jämfört med ersättning per besök ger också fast lön längre konsultationer och besöken sker i större utsträckning på mottagningen snarare än i patienternas hem. Läkare med fast lön spenderar även mer tid på förebyggande insatser jämfört med läkare som ersätts per besök. Sett till den totala insatsen finns dock studier som visat att läkare spenderar mindre tid med patienter för vilka man ersätts med ett fast belopp jämfört med tidsinsatsen för de patienter som genererar en ersättning baserat på volymen vård (Melichar 2009).

Studier i både Danmark och Norge har även visat att läkare som i huvudsak får ett fast belopp per registrerade individer skickar fler remisser till andra läkare jämfört med en lösning där läkarna ersätts

genom en kombination av kapitering och ersättning per besök (Krasnik et al 1990; Iversen & Lurås 2000). Även detta resultat är logiskt sett till de ekonomiska incitamenten. Med ökad andel fast ersättning per individ finns ekonomiska incitament att begränsa de egna insatserna, t.ex. genom att skicka patienterna (och vårdkostnaderna) till någon annan. En hög andel fast ersättning i primärvården kan således ge god kostnadskontroll i primärvården på bekostnad av att kostnaderna ökar i specialistvården genom fler remisser. En sådan ökning av antalet remisser behöver inte vara dåligt utan kan tvärtom vara befogat. Erfarenheterna visar dock tydligt att ekonomiska incitament har betydelse för hur vårdgivare agerar och vilken vård patienterna får samt att olika vårdformer kan fungera som kommunikerande kärl.

Även om resultaten av den empiriska forskningen i huvudsak stämmer med vad man kan förvänta sig finns också exempel på motsatsen. En tidigare studie inom brittiska NHS kunde exempelvis *inte* påvisa att anställda allmänläkare med fast lön hade sämre produktivitet än privata allmänläkare som ersattes via traditionell ersättning baserat på kontrakt (Gosden et al 2003). Ytterligare jämförelser kunde inte heller påvisa några statistiskt säkerställda skillnader i arbetstillfredsställelse eller stress beroende på anställnings- och ersättningsformer (Gosden et al, 2002). En möjlig förklaring till att ersättningsformen inte gav den effekt som kunde förväntas kan vara att praxis bland privata allmänläkare styrde uppfattningarna om vad som var en rimlig produktionsnivå för läkare i primärvården. Den nivån anpassade sig även anställda allmänläkare med lön till. Oavsett i vilken utsträckning denna förklaring är korrekt visar exemplet på betydelsen av sammanhanget och att ekonomiska incitament inte är det enda som förklarar vårdgivares agerande. Det finns också anledning att skilja mellan effekter på kort och lång sikt. Det är inte säkert att arbetsnormen bland allmänläkare inom NHS hade varit densamma om läkare med fast lön varit i majoritet. Med allt fler läkare som är anställda med lön kan också normen för vad som är en acceptabel produktionsnivå förändras på sikt.

I flertalet studier om effekter av olika ersättningsprinciper till läkare i öppen vård har det funnits kontrollgrupper som jämförelser, vilket stärker slutsatserna. De allra flesta studier baseras dock på observationer av praxis. Det medför viss osäkerhet i bedömningen eftersom läkare med olika preferenser kan söka sig till den verksamhet och ersättningsform som passar dem själva bäst

(Gosden et al 2002). Skillnader i utfall mellan olika ersättningsprinciper enligt empiriska studier skulle således delvis kunna förklaras av en selektion bland läkarna. För en del allmänläkare kan kapitering i kombination med besöksersättning vara lockande, medan andra läkare trivs bättre om de är anställda med fast lön. Studier från exempelvis Norge har också konstaterat att läkare med fast lön föredrar kortare arbetstider och att arbeta mindre intensivt jämfört med de läkare som arbetar utifrån ersättning per prestation (Sørensen & Grytten 2003). Även en senare studie från Kanada har visat att familjeläkare väljer den ersättningsform som passar dem själva bäst och att familjeläkare som ersätts enligt "fee-for-service" utför fler patientbesök än familjeläkare som ersätts på annat sätt (Devlin & Sarma 2008). På samma sätt kan allmänläkare som vill tillhandahålla ett begränsat utbud av allmänmedicinska tjänster se positivt på en fast ersättning per listad individ där ersättningen beräknas utifrån genomsnittliga kostnader. Allmänläkare som vill ge patienterna ett brett spektrum av tjänster har däremot anledning att se mera negativt på en sådan ersättning, eftersom de egna kostnaderna per individ förmodligen ligger över genomsnittet (Robinson 2001).

2.4 Ekonomiska incitament och motivation i hälso- och sjukvården

Även om principal – agent teorin är utgångspunkt för i stort sett all ekonomisk forskning om ersättningsprinciper i hälso- och sjukvården utnyttjas teorin inte särskilt väl utöver det allmänna tankegodset. De två principiella problem som är själva grunden för teorin – informations asymmetri respektive olika målsättningar – är exempelvis speciellt påtagliga inom hälso- och sjukvården. Vårdfinansiären har i regel mycket mindre och sämre information om verksamheten jämfört med vårdproducenterna själva. Politiska och administrativa målsättningar konkurrerar också med olika professionella mål, liksom med personliga mål hos enskilda chefer och yrkesutövare.

På en mera generell nivå finns tre olika strategier för att hantera principal – agent problem (Mannion, Goddard & Bate 2007). För det första kan man försöka *reducera graden av informations-asymmetri*, exempelvis genom utveckling av ny kunskap baserat på klinisk forskning samt uppföljning av resultat och måluppfyllelse.

För det andra kan man *försöka påverka verksamhetens kultur* så att målsättningarna hos vårdgivare i högre grad överensstämmer med finansiärens mål. För det tredje kan principalen *utveckla incitament och kontrakt* som uppmuntrar ett beteende som överensstämmer med den utvecklingen som är önskvärd.

Utformning av ersättningsprinciper tar naturligtvis framför allt sin utgångspunkt i den tredje strategin. Men beroende på hur ersättningsprinciperna utformas kan de också få som indirekt effekt att graden av informationsasymmetri reduceras och/eller att verksamhetens kultur påverkas. Det gäller inte minst en målbaserad ersättning. En extra ersättning till de vårdenheter som klarar vårdgarantins väntetider ger exempelvis mer information om väntetiderna eftersom en sådan princip kräver att väntetiderna följs upp. Det reducerar informationsasymmetrin. Den extra ersättningen kan också påverka verksamhetens kultur genom att målsättningen att ge vård inom rimlig tid blir viktigare. Det behöver inte vara enbart positivt beroende på vilka andra mål som trängs undan. I värsta fall kan prioriteringen av korta väntetider ske på bekostnad av att andra mål som egentligen bedöms som viktigare.

Undanträngning av mål som inte belönas eller av önskvärda professionella normer och drivkrafter är ett viktigt problem som det finns all anledning att uppmärksamma vid utformning av en målbaserad ersättning. För en professionell verksamhet som hälso- och sjukvården kan hävdas att en stor del av belöningarna ligger i själva arbetets utförande – att genomföra arbetet så att resultaten blir så bra som möjligt för patienterna. Externt genererade incitament i form av en viss ersättningsprincip kan antingen addera, komplettera eller konkurrera med dessa professionella normer och drivkrafter. Om ett arbete understöds av både inre drivkrafter och externt genererade ekonomiska incitament finns risk för att de externa incitamenten tar överhanden. Logiken bakom en sådan utträngning är att "övermotiverade" individer reducerar den motivation de har kontroll över, dvs. de inre drivkrafterna. Det som man tidigare gjorde för att det kändes rätt och bra görs i stället för att man blir belönad "utifrån". Litteraturen talar om en "hidden cost of reward" (Frey 1997) genom att principalen genom sitt agerande får börja betala för ageranden som tidigare genererades av inre drivkrafter.

Teorin om undanträngning har viktiga konsekvenser för utformningen av målbaserad ersättning. Om de ekonomiska

belöningarna är otillräckliga, och därmed inte motsvarar alternativkostnaden för att ändra på ett beteende, kan i värsta fall den enda effekten av en målbaserad ersättning bli att de inre drivkrafterna trängs undan. I så fall leder de ekonomiska belöningarna till att man får *mindre* av det som önskas. Le Grand (2003) analyserar sådana "belöningströsklar" teoretiskt och ger också exempel på att de kan uppstå i praktiken. Experiment och studier från USA har t.ex. visat att ökad ekonomisk ersättning till blodgivare inte nödvändigtvis är en bra strategi för att öka mängden blod. Många blodgivare motiveras av främst altruistiska skäl. En symbolisk monetär ersättning kan i så fall fungera som komplement till de inre drivkrafterna. Man får en bekräftelse på att man gör en god handling. Men om den ekonomiska ersättningen ökar kan effekten bli att man avstår helt eftersom det inte längre finns någon altruistisk nytta förknippad med att ge blod. Med ökad finansiell ersättning motiveras i stället de potentiella blodgivare som *enbart* ser till de ekonomiska incitamenten. Den totala volymen blod blir dock inte nödvändigtvis lika stor som när en blygsam ersättning betalades till den grupp som motiverades av främst altruistiska skäl.

De flesta studier om ersättningsprinciper i hälso- och sjukvården kan kritiseras för en ganska enögd fokusering på externt genererade ekonomiska incitament och en "morot eller piska" attityd till styrning av vården (Scott, 2000). Därmed bortses från andra motiv och normer som styr och påverkar de som arbetar i vården och att valet av ersättningsprinciper även kan påverka och tränga undan dessa motiv och normer. Man bortser också ifrån att valet av ersättningsprinciper kan påverka den kunskap som finns om verksamheten och därmed möjligheterna att styra på annat sätt. En utveckling mot målbaserad ersättning kommer att kräva mer uppföljning av verksamheten, vilket ger information som kan användas även på andra sätt.

Om finansiärens mål helt överensstämmer med yrkesutövarnas målsättningar finns förmodligen starka drivkrafter för att nå målen oavsett hur ersättningen utformas. En sådan fullständig överensstämmelse kan dock betraktas som en utopi. En rimlig utgångspunkt är att utformning av ersättningsprinciper i hälso- och sjukvården beaktar befintliga incitament bland dem som berörs och hur valet av princip kan påverka verksamhetens normer på längre sikt. Det gäller i synnerhet en målbaserad ersättning eftersom sådana principer direkt anknyter till målen för verksamheten. Vid

all utformning av ersättningsprinciper finns också anledning att fundera över alternativa sätt att uppnå de önskvärda effekterna.

I praktiken kan det finnas anledning att ifrågasätta om vårdfinansiären har förmågan att balansera alla relevanta målsättningar när ersättningsprinciper utformas. I ett kärtv finansiellt läge är det exempelvis möjligt att finansiärer tvingas att fokusera på målsättningar som har att göra med kostnadskontroll och tona ned mål som har att göra med tillgänglighet och kvalitet. I en sådan situation kan vårdproducenternas egna målsättningar att stå emot en hård kostnadskontroll, exempelvis genom fortsatt utnyttjande av ny medicinsk teknologi, vara samhällsekonomiskt försvarbart. Ett opportunistiskt beteende från vårdproducenter kan i så fall bli en lösning för patienterna och befolkningen snarare än ett problem. Det finns således all anledning att även granska de ersättningsprinciper som utformas av hälso- och sjukvårdens finansiärer, t.ex. genom oberoende forskning och utvärdering.

2.5 Sammanfattning

I Sverige och i de flesta andra länder är det inte marknadskrafterna som avgör hur mycket resurser som ska tilldelas hälso- och sjukvården. Resurstilldelningen bestäms till stor del av politiska beslut och regleringar. Därför finansieras vården i de flesta OECD-länder huvudsakligen genom skatt eller obligatoriska socialförsäkringspremier. Finansieringen genom tredjepart leder till en stor utmaning för vårdens finansiärer. Hur ska landstingen som huvudsaklig finansiär av hälso- och sjukvården i Sverige kunna bedöma vad som är en rimlig nivå för vårdens samlade resurser? Hur ska landstingen kunna avväga nyttan av att investera pengarna inom olika områden? En ytterligare fråga är hur ersättningen till olika vårdgivare i form av sjukhus, kliniker och vårdcentraler ska utformas.

Utformning och effekter av ersättningsprinciper i hälso- och sjukvården är ett område som fått förhållandevis stor uppmärksamhet av forskare. Det hänger samman med att ersättningsprinciper uppfattas som ett viktigt styrmedel som påverkar vårdgivares incitament och prioriteringar. Genom att utforma ersättningsprinciperna på ett klokt sätt kan man lättare nå målen för hälso- och sjukvården. Ett flertal alternativa principer kan identifieras beroende på om ersättningen är fast eller rörlig,

retrospektiv eller prospektiv och vilka objekt som avses. Traditionella objekt för ersättningen har vanligtvis fokuserat resursinsatser eller prestationer i form av besök, vårdagar eller vårdtillfällen. En målbaserad ersättning tar i stället utgångspunkt i vad verksamheten ska uppnå. Beroende på hur ersättningen utformas kan olika för- och nackdelar identifieras. Hittills har man inte lyckats formulera någon lösning som i alla avseenden kan anses optimal. En vanlig rekommendation i litteraturen är därför att olika ersättningsprinciper kombineras med varandra. En målbaserad ersättning kan exempelvis komplettera en fast ersättning per registrerad individ till vårdenheter i primärvården eller en ersättning som baseras på volymen vårdtillfällen till sjukhus och kliniker.

Empiriska studier om traditionella ersättningsprinciper i form av ersättning per prestation eller fasta anslag per registrerade individer bekräftar i huvudsak vad som kan förväntas utifrån en analys av ekonomiska incitament. Effekterna kan dock sällan förutspås fullt ut, vilket är en viktig lärdom även vid utformning av målbaserad ersättning. Det finns också skäl att ta hänsyn till hur valet av ersättningsprinciper kan påverka befintliga motiv och professionella normer, inte minst på längre sikt. Risk för undanträngning av mål och normer som inte belönas är ett viktigt problem som det finns anledning att uppmärksamma vid styrning av vården utifrån ekonomiska incitament, och särskilt vid utformning av målbaserad ersättning.

3 Erfarenheter av målbaserad ersättning i svensk hälso- och sjukvård

I svensk hälso- och sjukvård har målbaserad ersättning använts främst inom primärvården. Det finns dock exempel på landsting som till viss del ersätter även sjukhus utifrån måluppfyllelse. Målbaserad ersättning har också använts vid fördelning av den s.k. kömiljarden till landstingen i syfte att förbättra hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. De dokumenterade erfarenheterna av målbaserad ersättning i svensk hälso- och sjukvård är mycket begränsade. Den enda renodlade utvärderingen är en studie av målbaserad ersättning i primärvården i Landstinget i Östergötland under åren 2002 – 2006 av Jacobsson (2008).⁶ I det här kapitlet sammanfattas resultaten från denna utvärdering. Vidare sammanfattas en tidigare översikt av de mål och mått som används för målbaserade ersättning inom svensk primärvård (Anell 2009). Kapitlet avslutas med kortare redovisningar av målbaserad ersättning för sjukhus inom Landstinget i Uppsala län, målbaserad ersättning för att främja en bättre vård till diabetiker och hjärtsviktspatienter inom ramen för det s.k. Q-projektet samt mål och mått som användes när den statliga s.k. kömiljarden fördelades till landstingen.⁷

⁶ Målbaserad ersättning har i åtminstone något ytterligare fall varit en del av en större förändring i styrningen som i sin tur varit föremål för utvärdering. Ett exempel är utvärdering av Simrishamns sjukhus i samband med övergången till privat drift åren 2000-2005. Eftersom målbaserad ersättning var en mindre del av den förändrade styrningen är det svårt att uttala sig om dess effekter. För en sammanfattning av utvärderingar av avtalet mellan Region Skåne och Närsjukvården Österlen AB, se Jacobsson (2007).

⁷ Gemensamt för de exempel som tas upp är att den målbaserade ersättningen tillfallit vårdenheter i syfte att förstärka verksamheten. Förekommande bonussystem för enskild vårdpersonal kommer inte att beröras i kapitlet.

3.1 Utvärdering av "mål och mått" i Östergötlands läns landsting

Landstinget i Östergötland var ett av de första landstingen som prövade målbaserad ersättning inom ramen för ett utvecklingsarbete kallat "mål och mått programmet" (MMP) år 2002 i primärvården. Inför varje år avsattes ett fast belopp för MMP fördelat mellan aktuella målområden. På detta sätt kunde man kontrollera de totala kostnaderna för den målbaserade ersättningen. Sett i vårdcentralernas perspektiv var programmet uttryckt som en möjlighet att uppnå bonus per listad person inom varje område beroende på utfall i förhållande till målvärden. MMPs andel av den totala ersättningen till vårdcentraler varierade mellan 2-4 procent beroende på år. Resterande ersättning baserades i huvudsak på ett fast belopp per registrerad individ.

Utvecklingen under åren 2002 - 2006 har dokumenterats och utvärderats av Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT) vars rapport ligger till grund för sammanfattningen i detta avsnitt (Jacobsson, 2008). Utvärderingen baseras främst på kvantitativa data inom de områden som MMP berörde, kompletterat med en enkät till vårdcentralschefer och intervjuer med ansvariga för programmets utveckling.

De mål som användes i MMP åren 2002-2006 togs fram gemensamt av företrädare från beställare och verksamhet. Tre områden fokuserades under det första året: tillgänglighet, medicinsk kvalitet och patientupplevd kvalitet. Vad gäller medicinsk kvalitet var det svårt att formulera lämpliga och säkra mått. De mått som utvecklades kom därför i första hand att avse struktur- och processmått av olika slag, t.ex. förekomst av diabetes- respektive astmamottagning samt om det fanns psykosocial kompetens vid vårdcentralen. Även för patientupplevd kvalitet fanns problem med att definiera bra mått. Det kontinuitetsmål som infördes som del av MMP syftade till att patienter över 70 år med två eller fler årliga läkarbesök skulle träffa samma läkare. Detta mål visade sig svårt att mäta i praktiken och avskaffades redan efter det första året.

En bärande tanke med MMP var att nya mål skulle ersätta de gamla efterhand som kvalitén utvecklades. På detta sätt kunde den målbaserade ersättningen sett över en längre tidsperiod beröra många områden, även om man varje år fokuserade en handfull mål. De mål och mått som användes inom MMP förändrades också successivt. Förklaringen var dock inte enbart en utveckling mot

nya mål utan också att det fanns brister med de mål och mått som infördes initialt. Dessutom förbättrades successivt möjligheterna att samla in data. En översikt över de områden som ingick i MMP olika år redovisas i Tabell 3.1.

Tabell 3.1 Sammanfattning av målområden i MMP under olika år

Område och år	2002	2003	2004	2005	2006
Telefontillgänglighet	X	X	X	X	X
Astmamottagning	X	X	X		
Psykosocial kompetens	X	X	X		
Diabetesvård	X	X	X	X	
Kontinuitet	X				
Diagnossättning			X	X	
Fysisk aktivitet på recept			X	X	
Vaccinering				X	X
Äldre med stora behov				X	

Källa: Jacobsson F (2008) Mål och mått. En dokumentation och utvärdering av en resultatbaserad ersättning inom primärvården. CMT Rapport 2008:6, Linköpings universitet, s. 16.

Som kan noteras förändrades programmet åtminstone till någon del mellan varje år. Efter det första året togs kontinuitet bort från programmet eftersom det mått som definierats relaterat till läkarkontinuiteten för patienter över 70 år med behov av två eller fler läkarbesök upplevdes som svårt att mäta. År 2004 utvecklades MMP med nya mål för att stimulera diagnossättning och fysisk aktivitet på recept. År 2005 togs några områden bort (astmamottagning och psykosocial kompetens) och några tillkom (influensavaccinering till äldre över 65 år samt krav på inventering av äldre med komplexa vård- och omsorgsbehov). År 2006 avvecklades flera av målen och en del av pengarna i MMP överfördes till ersättningen per registrerad individ som därmed ökade i betydelse. Utöver förändringar av målområdena ändrades även indikatorer, målvärden och uppföljningssystem för telefontillgängligheten löpande. Andra förändringar avsåg fördelningen av det totala ersättningsbeloppet mellan områdena. Något år ändrades t.o.m. villkoren i efterhand när det konstaterades att de målvärden som formulerats var alltför höga. År 2005 betalades ersättningar för målet telefontillgänglighet ut till samtliga vårdcentraler, eftersom det fanns brister i uppföljningen.

Förändringen av mål, indikatorer och målvärden över tiden utgör både ett problem och en möjlighet sett i ett utvärderings-

perspektiv. Eftersom programmet hela tiden ändrades kunde studien av CMT enbart utvärdera de initiala effekterna. Även för området telefontillgänglighet, som funnits med under alla år, ändrades villkoren successivt. Trots förändringarna uppfattade ansvariga för programmet att telefontillgängligheten var det mål som fungerat bäst. Förändringar i MMP programmet skapade också möjligheter i utvärderingen. Inte minst fanns möjligheter att studera vad som händer när ett mål plockas bort. Förändringen av programmet är även en viktig erfarenhet i sig. Även om de mål som utvecklas initialt kan verka ändamålsenliga återstår att utveckla indikatorer som anknyter till målet och lämpliga former för att samla in data. Förbättrade möjligheter för uppföljning, vilket exempelvis blev fallet i Östergötland när man gick över till automatiska telefonsystem, kan ha stort inflytande över utvecklingen.

De samlade erfarenheterna från Östergötland visar tydligt att det inte är rimligt att tro att man ska "hitta rätt" under första året med målbaserad ersättning. Utveckling av målbaserade ersättningsprinciper är snarast en långsiktig process som kräver utvecklingsresurser och olika typer av kompetens. En viktig kompetens handlar om att avgöra vilka målområden och indikatorer som är lämpliga för målbaserad ersättning. En annan viktig kompetens handlar om hur data kan samlas in och vilka uppgifter som finns i befintliga system och register.

Sett till resultatet av CMTs utvärdering noterades att MMP lett till kraftiga prestationsökningar inom flera områden. Det gäller särskilt förbättrad registrering till nationella diabetesregistret (NDR) och andel besök med diagnossättning. Även telefontillgängligheten bedömdes ha förbättrats till följd av MMP liksom förekomsten av fysisk aktivitet på recept. Vad gäller den förbättrade telefontillgängligheten infördes ett automatiskt telefonkösystem samtidigt med införandet av MMP, vilket också bidrog till förbättringarna. Det var därför svårt att säga någonting om effekterna av just MMP. CMT bedömde att den nya teknologin var viktigare än den målbaserade ersättningen som förklaring till den positiva utvecklingen. Eftersom det automatiska telefonkösystemet infördes successivt bland vårdcentraler, medan MMP infördes mera allmänt, kunde CMT dock konstatera att även MMP programmet hade en positiv effekt på telefontillgängligheten. Det fanns också en koppling mellan de båda förändringarna. Genom det

automatiserade telefonkösystemet blev det betydligt enklare och billigare att följa upp telefontillgängligheten inom ramen för MMP.

Inom flera områden där målen till stor del redan var uppnådda före införandet av MMP var effekten av programmet blygsam. Det gäller t.ex. förekomst av astmamottagningar, diabetesmottagningar och psykosocial kompetens. Utvärderingen kunde också notera att det var svårt att behålla effekten när den målbaserade ersättningen togs bort. Det gällde dock inte generellt. Registrering i NDR planade ut när den målbaserade ersättningen togs bort, men den försämrades inte. Förekomsten av fysisk aktivitet på recept gick dock tillbaka till samma nivå som före införandet av den målbaserade ersättningen. Även antalet besök utan diagnos ökade efter det att ersättningen togs bort. Enligt enkätsvaren upplevde vårdcentralscheferna kraven för fysisk aktivitet på recept som administrativt krångliga, vilket kan förklara återgången.

Som noteras i utvärderingen av CMT är minskade prestationer efter det att ersättningen tagits bort egentligen ytterligare belägg för att MMP programmet faktiskt hade effekt. Samtidigt försvårar denna effekt naturligtvis den ursprungliga tanken att målen skulle förändras i takt med att en positiv utveckling initierats.

För en del av målen var det svårt att belysa vilken effekt MMP programmet haft. Andelen influensavaccinerade över 65 år ökade t.ex. markant under 2005 efter det att en målbaserad ersättning införts. Samma år blev dock vaccinet gratis för målgruppen och även informationskampanjer kan ha påverkat den positiva utvecklingen. Även för andra mål var det en stor utmaning inom CMTs utvärdering att försöka kartlägga utgångsläget och rensa från möjliga effekter av förändringar som skett parallellt med införandet av MMP. Med tanke på frånvaro av kontrollgrupp att jämföra mot när MMP infördes går det inte att utesluta att andra faktorer kan ha inverkat även för de målområden där sambanden kan tyckas uppenbara.

Utvärderingen av CMT undersökte även om MMP resulterade i en undanträngning av andra viktiga områden som inte var föremål för någon målbaserad ersättning. Till att börja med konstaterades att någon form av undanträngning kan anses nödvändig. I samma utsträckning som det krävs en ansträngning för att nå de mål som är föremål för särskild ersättning uppstår en alternativkostnad eftersom resurserna skulle kunna använts till något annat. Den väsentliga frågan enligt CMTs rapport är snarast *vad* som trängs undan. I bästa fall är det verksamhet eller resursanvändning med

mycket begränsad eller ingen nytta. I värsta fall är det verksamhet som har större nytta än den verksamhet som prioriterats till följd av den målbaserade ersättningen. Baserat på enkätsvar från vårdcentraler bedömde CMT undanträngningseffekterna i Östergötland som "hanterbara". Enligt åtminstone någon intervju framkom dock kritik mot att programmets nytta inte uppvägde de ökade administrativa kostnaderna. En stor del av den målbaserade ersättningen avsåg i praktiken förbättrad telefontillgänglighet, vilket kan ha skapat för stort fokus på just detta område. En exakt kartläggning av eventuella undanträngningseffekter bedömdes kräva omfattande och separata studier.

I avslutande summering konstateras att MMP i Östergötland fungerat som styrmedel men att det också fanns brister som behöver åtgärdas. Ett problem handlar om svårigheter att definiera relevanta och mätbara indikatorer. Ett annat problem är bristen på kunskap om utgångsläget innan ersättningen tas i bruk, vilket bl.a. försvårar uppföljningen. För att lösa dessa båda problem föreslår CMT att tillgänglig evidensbas för att utveckla relevanta och mätbara indikatorer utnyttjas och att vårdcentralerna själva engageras i detta utvecklingsarbete. Om mål och mått utvecklas från struktur- och processmått till resultatmått innan de tas bort finns också möjligheter att utveckla större förståelse till varför en viss typ av prestationer är viktiga. Genom att följa upp och mäta innan ett nytt målområde inkluderas i den målbaserade ersättningen skapas också bättre möjligheter till uppföljning och ett klargörande av utgångsläget. Ytterligare problem som tas upp i CMTs utvärdering handlar om implementeringen och att det funnits en osäkerhet om vad som gäller bland berörda vårdcentraler. Lämpliga åtgärder är enligt CMT att förbättra informationsutbytet och att låta förberedelser få ta tid.

3.2 Användning av målbaserad ersättning i primärvården i andra landsting

Det målbaserade ersättningssystemet i Östergötland har utvecklats även efter år 2006. Under senare år har samma principer utvecklats även i flertalet andra landsting och regioner. I åtminstone en handfull av dessa landsting har principerna varit i bruk under flera år. Det finns ingen utvärdering av erfarenheterna motsvarande den som genomförts i Östergötland. Däremot finns en kartläggning av

de mål och mått som används inom ramen för målbaserad ersättning i primärvården från hösten 2009 (Anell 2009).

Enligt kartläggningen var det minst 15 landsting och regioner som antingen använde sig av målbaserad ersättning i primärvården år 2009 eller hade utvecklat och beslutat sig för att införa sådana principer år 2010. Även om många program utvecklats under senare tid har delar av dem en relativt lång historia. Flera av de mål och indikatorer som används anknyter t.ex. till användningen av läkemedel. I flera landsting experimenterades med olika belönings-system kopplade till effektiva läkemedelsval redan i samband med läkemedelsreformen 1998 då ansvaret för kostnaderna för receptläkemedel överfördes från staten till landstingen. Det kunde exempelvis handla om att belöna de enheter som följde läkemedelskommitténs rekommendationer att förskriva likvärdiga men billigare läkemedel.

Målbaserad ersättning används genomgående som komplement till den i huvudsak fasta ersättning per registrerad individ. I de flesta landsting uppgår den målbaserade ersättningen till ca tre procent av den totala ersättningen till vårdenheter. I landsting som Uppsala, Östergötland, Örebro och Västerbotten uppgick dock den målbaserade ersättningen år 2009 till 4-5 procent av den totala ersättningen. I Region Skåne och Västra Götalandsregionen finns ingen rörlig ersättning för de individer som valt att lista sig på vårdenheter, utöver den målbaserade ersättningen på två respektive tre procent av den totala ersättningen. I andra landsting kompletteras den målbaserade ersättningen med att vårdenheter även får en besöksersättning som motsvarar patientavgifterna. I Stockholms läns landsting är ersättningen för besök hos olika yrkeskategorier den viktigaste komponenten i ersättningssystem, jämte en fast ersättning per individ för de som valt att lista sig på enheten (ca 40% av totala ersättningen) och en målbaserad ersättning (ca 3% av totala ersättningen). I Stockholm finns därmed möjligheter för vårdenheterna att förbättra sina inkomster genom att producera fler patientbesök. I Region Skåne och Västra Götalandsregionen är den målbaserade ersättningen vårdenheters enda möjlighet att direkt förbättra intäkterna för de individer som valt att lista sig på enheten.⁸

⁸ Indirekt finns också möjligheter att öka intäkterna genom att förbättra den s.k. täckningsgraden, dvs. den andel av individers totala konsumtion av öppenvård som sker i primärvården. Vid högre eller lägre täckningsgrad än förväntat justeras den fasta ersättningen per individ till vårdenheter uppåt eller nedåt.

3.2.1 Vilken typ av mål och indikatorer används?

Antalet mål i de program som användes av landsting och regioner år 2009 varierade enligt kartläggningen. Vanligtvis hämtas målen från de generella uppföljningssystem som används för primärvård. I fem av landstingen baserades ersättningen på 11-20 mål. Flest mål återfanns i Uppsala och Västernorrland. I nästa grupp på fem landsting, däribland Stockholm, Västra Götalandsregionen och Region Skåne, användes 7-10 mål. I den sista gruppen av fem landsting, som inkluderade Östergötland med jämförelsevis lång erfarenhet, baserades ersättningen på 3-6 mål.

De mål och indikator som används i landstingen kan struktureras på flera olika sätt. Som framgår av tabell 3.2 var de vanligaste målområdena år 2009 läkemedel, tillgänglighet, hälsofrämjande insatser, medverkan i kvalitetsregister och täckningsgrad.

Tabell 3.2 De vanligaste målområdena i landstingens målbaserade ersättning till primärvård år 2009

Målområde	Antal landsting
Läkemedel	13
Tillgänglighet	11
Hälsofrämjande insatser	11
Medverkan i kvalitetsregister	9
Täckningsgrad	9
Patientsäkerhet/samverkan/rutiner	5
Patienterfarenheter	4
Diabetes respektive astma/KOL	3

Mål kopplade till läkemedelsanvändningen återfanns i de flesta landsting och regioner. Flera av dessa mål avsåg **följsamhet till rekommendationer och forskrivningsmål** som formulerats av Läkemedelskommitté eller motsvarande. Bland enskilda forskrivningsmål var begränsningar i antibiotikaanvändningen vanligast. Syftet är att skapa en mer ändamålsenlig användning av antibiotika och på det sättet motverka utveckling av resistent bakteriestammar. Andra vanliga forskrivningsmål är att främja en ökad användning av generiska läkemedel, dvs. billigare kopior av originalläkemedel vars patent löpt ut, för främst kolesterol-sänkande (statiner) och magsyrehämmande läkemedel.

Andra mål som kan kopplas till läkemedelsområdet är **läkemedelsgenomgångar för äldre** som återfanns i sex landsting. Målgrupperna varierar dock. I exempelvis Värmland var målet kopplat till läkemedelsgenomgångar för multisjuka äldre med fler än 4 läkemedel. I Örebro var målet i stället kopplat till patienter i särskilt boende.

I tre landsting återfanns mål kopplade till de totala **läkemedelskostnaderna**. Även dessa mål var formulerade på olika sätt och hade skilda syften. I Östergötland fanns möjligheter till avdrag på ersättningen till vårdenheter om "behandlingstrycket" mätt som genomsnittlig dygnsdos läkemedel per listad individ var för lågt jämfört med andra vårdenheter. Denna möjlighet till vite ska ses mot bakgrund av att vårdenheter i Östergötland sedan flera år haft ett kostnadsansvar för läkemedel i öppen vård och att det funnits en diskussion om att några få enheter snarast uppvisat för låga läkemedelskostnader, dvs. i alltför stor utsträckning fokuserat på kostnadskontroll inom läkemedelsområdet. I Stockholm och Västernorrland hade vårdenheter i primärvården inget kostnadsansvar för läkemedel under år 2009. Däremot fanns möjligheter till bonus inom ramen för den målbaserade ersättningen om kostnaderna för basläkemedel höll sig inom viss nivå (Stockholm) alternativt om läkemedelsbudgeten var i balans (Västernorrland). I både Stockholm och Västernorrland syftade målet således till att göra förskrivare mer kostnadsmedvetna.

Inom området tillgänglighet inkluderade tio landsting och regioner **andel telefonsamtal som besvarats samma dag** i den målbaserade ersättningen. I fem landsting återfanns motsvarande mål om **andel läkarbesök inom sju dagar**. Båda dessa mål baseras på normer i den s.k. vårdgarantin. Även de mål som baserades på patienterfarenheter enligt enkätresultat, som användes i fyra landsting, fokuserade på patienternas egna uppfattningar om tillgängligheten. Två av dessa landsting inkluderade även objektiva mått på andelen besvarande telefonsamtal i sitt målbaserade ersättningsprogram. Ett av landstingen inkluderade både andel besvarade telefonsamtal och andel läkarbesök inom sju dagar i sitt program.

Ett annat vanligt område för målrelaterad ersättning var olika **hälsofrämjande insatser**. Till stor del avsåg sådana mål stimulans till förbättrad livsstil hos patienter, i synnerhet genom rökavvänjning och fysisk aktivitet. Det vanligaste enskilda målet var antalet förskrivna recept på fysisk aktivitet. I några fall avgränsas målen till insatser för vuxna, men det finns inga andra

begränsningar som exempelvis främjar att hälsofrämjande insatser främst riktas mot kroniskt sjuka patienter.

Vårdenheters medverkan i kvalitetsregister har i olika sammanhang lyfts fram som en viktig grund för att åstadkomma ständiga förbättringar av vården. För primärvårdens del är det i första hand medverkan i det **nationella diabetesregistret (NDR)** som kan anses relevant eftersom diabetespatienter är en stor och viktig patientgrupp i primärvården. Nio landsting och regioner hade också andel diabetespatienter registrerade i NDR som mål i sina program.

En justerad ersättning med hänsyn till s.k. **täckningsgrad** förekom i nio landsting. Med täckningsgrad avses i princip hur stor andel av de listades totala öppenvårdsbesök som genomförs vid vårdenheter inom primärvården. I t.ex. Halland finns en målsättning att täckningsgraden ska vara minst 80 procent. Om så inte är fallet justeras den fasta ersättningen per individ nedåt. Liknande principer tillämpas i flertalet andra landsting och justeringen utifrån täckningsgrad betraktas formellt inte som en del av den målbaserade ersättningen. I andra landsting, däribland Stockholms läns landsting, är belöning eller vite med hänsyn till täckningsgrad en del av det målbaserade programmet.

Övriga mål och indikatorer som berörde vårdens innehåll kan grovt delas in i mål som syftade till att förbättra **patientsäkerhet, samverkan och rutiner** i olika avseenden samt mål som syftade till bättre omhändertagande av patienter med diabetes respektive astma/KOL. Med tanke på att **diabetes och astma/KOL**⁹ är vanliga kroniska diagnoser i primärvården är det anmärkningsvärt att enbart tre landsting (Värmland, Västmanland och Östergötland) utvecklat mål kopplat till insatser för dessa patientgrupper. De mål som formulerats i de tre landstingen för diabetes respektive astma/KOL patienter varierade. I Värmland fanns möjligheter till belöning för de vårdenheter som uppfyllde kriterier för diabetes respektive astma/KOL mottagning. I Östergötland belönades diagnosregistrerade besök på sjuksköterskeledd specialistmottagning för diabetes respektive astma/KOL samt journalregistrering om tobaksbruk bland vuxna patienter med astma/KOL. I Västmanland belönades vårdenheter utifrån andel patienter med KOL som fått rökavvänjningsstöd samt genomgått test av lungkapaciteten (spirometri) när diagnosen fastställdes.

⁹ Kroniskt obstruktiv lungsjukdom.

Utifrån den indelning i struktur-, process- och resultatmått som presenterats i kapitel två kan noteras att de allra flesta mål och indikatorer som används i primärvården utgör struktur eller processmått. Antalet resultatmått är få och återfinns i stort sett enbart inom områdena tillgänglighet och patienterfarenheter. Endast två landsting, Jönköping och Västerbotten, inkluderade kontinuitet i relationen mellan patient och vårdpersonal som mål i sina program, vilket för primärvårdens del kan betraktas som åtminstone ett intermediärt resultatmått. Flera av de mål som ingår i programmen, tydligast för hälsofrämjande insatser och läkemedelsgenomgångar, kan snarast betraktas som en riktad ersättning per åtgärd. Det är också få av målen som specifikt anknyter till kroniskt sjuka patienter eller andra patientgrupper där behoven kan anses större än för den genomsnittliga patienten. Det viktigaste undantaget är läkemedelsgenomgångar, som riktas mot äldre med stora vårdbehov.

De mål och indikatorer som används i landstingen kan också analyseras utifrån de sex kvalitetsområden som ryms i Socialstyrelsens definition av "God vård". Flera mål och indikatorer berör i praktiken flera av områdena. De flesta av målen berör dock kvalitetsområdena *kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, effektiv hälso- och sjukvård* samt *hälso- och sjukvård i rimlig tid*. Några av målen avser *säker hälso- och sjukvård* och *patientfokuserad hälso- och sjukvård*. Däremot återfinns inget mål som i huvudsak kan inordnas i kvalitetsområdet *jämlig vård*. Det sistnämnda kan betraktas som anmärkningsvärt med tanke på områdets vikt i ett övergripande perspektiv.

Det finns olika meningar om hur mål och indikatorer bör utvecklas. En del intressenter menar att fler process- och resultatmått för kroniskt sjuka bör omfattas av den målbaserade ersättningen. Andra intressenter förespråkar i stället att inriktningen på generella mål och mått behålls eller t.o.m. förstärks. Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) har exempelvis föreslagit att följande fem kvalitetsområden bör ha särskild tyngd:¹⁰

- Kontinuitet mellan patient och vårdpersonal
- Utbildning och kompetens
- Telefontillgänglighet
- Tillgodoseende av de listades behov av öppen vård
- Kallelsesystem för personer med kroniska sjukdomar.

¹⁰ Uppföljning av primärvård i vårdvalssystem. Svensk förening för allmänmedicin (SFAMs) rekommendationer avseende kvalitetsindikatorer. Antaget av SFAMs styrelse 090904.

Utgångspunkten för valet av dessa områden är primärvårdens breda åtagande och att enheterna är små och arbetar i områden med vitt skilda geografiska och sociala förutsättningar. Fokusering på enkla mått och valda sjukdomar kan leda till att sammansatta problem trängs undan. Eftersom patientgrupperna ofta är små kan slumpens inverkan göra jämförelse av i synnerhet resultatmått osäkra.

3.2.2 Utformning av belöningar och målvärden

I de flesta av landstingen gav programmen berörda vårdenheter möjligheter till en extra ersättning (bonus) beroende på grad av måluppfyllelse. Flera landsting tillämpade också en kombination av både tillägg och avdrag på ersättningen. I tre landsting baserades programmen i huvudsak på viten eller avdrag på ersättningen.

I Halland fanns exempelvis två olika former av avdrag eller viten år 2009. Den första baserades på täckningsgrad och utgick från målvärdet att vårdenheter ska ta hand om 80 procent av förtecknade individers konsumtion av öppen vård. Om så inte var fallet får man ett avdrag på den fasta ersättningen för varje förtecknad individ. Den andra formen avser viten med visst förutbestämt belopp om vårdenheter har bristande följsamhet till fem utvalda mål för läkemedelsförskrivningen som formulerats av den lokala läkemedelskommittén. I Uppsala och Västernorrland las den målbaserade ersättningen ut till vårdenheter i början av 2009 baserat på ett antagande om 100 procents positivt utfall. I den utsträckning som vårdenheter inte uppnådde definierade målvärden gjorde man avdrag på ersättningen.

Vårdenheters incitament och möjligheter att uppnå definierade målvärden varierar beroende på målens närmare formulering. Även om flera landsting inkluderat samma målområde i sina program varierade de mått som användes som indikator för måluppfyllelse. Flera landsting hade t.ex. "antal förskrivna recept på fysisk aktivitet" som mål. Ett sådant processmått kan påverkas direkt av vårdenheter och är förhållandevis enkelt att följa upp. Men det finns också landsting som i stället valt "antal patienter som är följsamma till fysisk aktivitet på recept efter 3 månader" som mått. Detta intermediära resultatmått är inte lika kontrollerbart sett utifrån vårdenheternas perspektiv, eftersom flera faktorer kan påverka utfallet vid sidan av att vårdenheter förskrivit recept på fysisk aktivitet. Inte minst påverkas utfallet av patienternas

motivation att följa receptet. Målet är därmed svårare för vårdenheter att uppnå. Målet är sannolikt också svårare att följa upp eftersom datainsamlingen måste baseras på uppgifter från patienterna snarare än från vårdenheter. En stor fördel är dock att målet är bättre kopplat till den övergripande målsättningen om bättre hälsa genom ändrade levnadsvanor, vilket är själva poängen med fysisk aktivitet på recept.

Incitamenten för vårdenheter att ändra på sitt beteende påverkas även av hur målnivåer definierats. Är målen mycket svåra att nå är det sannolikt färre som försöker sträva efter att nå dem. Är målen enkla att nå är det å andra sidan många vårdenheter som får belöningar utan att anstränga sig. Den vanligaste utformningen av målvärden i landstingen år 2009 baserades på absoluta målnivåer enligt en trappa (se tabell 3.3). En sådan lösning ger större möjligheter att skapa incitament till förbättringar för ett förhållandevis stort spann av vårdenheter oberoende av hur väl man uppfyller målen initialt. Den näst vanligaste utformningen av målvärden år 2009 var att vårdenheter får viss ersättning för varje utförd önskvärd presentation, exempelvis för läkemedelsgenomgångar eller hälsofrämjande insatser. Det skapar ekonomiska incitament till samtliga vårdenheter att göra rätt vid varje tillfälle, oavsett utgångsläget. Relativa målvärden, där belöningar enbart utgår till de bästa vårdenheter, var förhållandevis ovanligt år 2009, men tillämpades exempelvis i Region Skåne inom området patienterfarenheter.

Tabell 3.3 Exempel på utformning av målvärden och belöningar i landstingen år 2009

Typ av mål	Exempel på utformning av målvärden
Relativa mål	Patienterfarenheter: Den tredjedel av enheterna som uppvisar bäst kvalitet per område får bonus. De totalt 10% bästa enheterna per område får dubbel bonus. Till varje område avsätts 1 mkr. (Skåne).
Absoluta mål (med eller utan kostnads-kontroll)	Registrering i NDR: < 60% ingen ersättning; 60-75% halv ersättning; >75% hel ersättning (Västra Götalandsregionen) Bonusnivå >= 50%; Vitesnivå <= 25% (Stockholm) >60% registrerade i NDR (Skåne) Urinvägs- resp luftvägsantibiotika: < 10% kinoloner resp >75% penicillin V; max 150 tkr per uppnått mål, om fler än 10 enheter uppnår båda målen minskas beloppen för att täckas inom de 3 mkr som avsatts (Blekinge):
Riktad ersättning per definierad åtgärd	Läkemedelsgenomgångar för multisjuka äldre: 500 kr per genomgång max 2 ggr per patient och år (Värmland) Hälsosamtal: Hälsosamtal för 40-åringar enligt landstingets hjärt-/kärlprogram: 1 100 kr per samtal (Gävleborg)

Som noteras i tabell 3.3 varierar de målvärden som används i olika landsting för exempelvis målet som syftar till att främja medverkan i nationella diabetesregistret (NDR). En förklaring bakom sådana variationer kan vara att utgångsläget i form av antalet vårdenheter som medverkar i registret varierar mellan landstingen.

3.3 Exempel på andra tillämpningar av målbaserad ersättning i svensk hälso- och sjukvård

Landstinget i Uppsala län

Några få landsting använder en målbaserad ersättning mera generellt, dvs. även inom den specialiserade vården. Det tydligaste exemplet är Landstinget i Uppsala län som arbetat med målbaserad ersättning sedan år 2005 för både primärvården, Akademiska sjukhuset, Lasarettet i Enköping och inom området habilitering och hjälpmedel. Den målbaserade ersättningens omfattning har för sjukhusens del ökat från 1 procent år 2005 till 4 procent år 2010.

Totalt avsatte landstinget 200 miljoner kronor till målbaserad ersättning i vårdavtalen år 2010, varav 158 miljoner kronor avsåg Akademiska sjukhuset. 90 procent av ersättningen betalas ut i förskott. I den utsträckning målen inte nås enligt avstämning vid årsskiftet ställs krav på återbetalning. Resterande 10 procent betalas ut i efterhand när målen uppnås. De mål som definierats för sjukhusen utgår från områden i Socialstyrelsens definition av "God vård". För varje område finns en total summa pengar avsatta som kopplats till 2-3 definierade mål. Mål som definierats i Akademiska sjukhusets vårdavtal för år 2010 framgår av tabell 3.4.

Tabell 3.4 Målbaserad ersättning enligt vårdavtal för Akademiska sjukhuset år 2010

- Kunskapsbaserad vård (20 mkr)
 - Ökad andel vårdas på strokeenhet
 - Förbättrat resultat vad gäller funktionsförmåga efter stroke
- Säker hälso- och sjukvård (43 mkr)
 - Vårdrelaterade infektioner ska minska jämfört med 2009
 - Registrera alla fallskador
 - Andel psykofarmaka till patienter över 80 år ska minska med minst 10%
- Patientfokuserad vård (14,5 mkr)
 - Redovisa analys och åtgärder utifrån den nationella patientenkäten
 - Remissbekräftelse inom 14 dagar med särskild information
- Hälso- och sjukvård i rimlig tid (44 mkr)
 - Minst 85% får besök respektive behandling inom 90 dagar
 - Medelbehandlingstiden vid akutmottagningen ska kortas till 4 timmar för minst 90% av patienterna vid årets slut, 80% i augusti
- Effektiv hälso- och sjukvård (14,5 mkr)
 - Läkemedelskommitténs forskrivningsmål ska uppnås
 - 90% av avtalade konsultläkarinsatser till primärvården m. fl. ska vara utförda
- Hälsoinriktad hälso- och sjukvård (21 mkr)
 - Registrering av patienter som tillfrågats om tobaksvanor
 - Andel vårdavdelningar som bedriver ett särskilt alkohol-förebyggande arbete
 - Systematiskt arbetssätt för arbete med Fysisk aktivitet på recept

För år 2009 drogs sammanlagt 17,5 miljoner kronor tillbaka från Akademiska sjukhuset på grund av bristande måluppfyllelse, främst i form av långa väntetider på akutmottagningen men även för brister i följsamheten till mål på läkemedelsområdet. Genom att i huvudsak lägga ut pengarna redan på förhand menar man att sjukhusen har möjlighet att använda de pengar som finns löpande under året, snarare än att verksamheten blir belönad i efterhand. Bedömningen är att den målbaserade ersättningen och inriktningen på ”böter” som alla vill undvika haft stor effekt på verksamheten.

Q-projektet

Det s.k. Q-projektet finansieras gemensamt av Läkemedelsindustriföreningen (Lif) och Regeringskansliet och har sitt ursprung i diskussioner mellan Näringsdepartementet och läkemedelsbranschen om hur Sverige kan få en mera konkurrenskraftig läkemedelsindustri. Eftersom en ökad kvalitetsorientering i svensk hälso- och sjukvård sågs som en viktig förutsättning för att nå detta mål beslutades att satsa på två pilotprojekt med målbaserad ersättning inom primärvården för hjärtsvikts- respektive diabetesvård.

Pilotprojekten finansieras av Lif respektive Näringsdepartementet och regeringskansliet och genomförs i samarbete med SKL och flertalet sjukvårdsmyndigheter. Alla medverkande enheter får maximalt 50 000 kronor i ersättning per år och enhet. Under första året utgick en mindre ersättning på 5 000 kronor per enhet för medverkan i projektet. Den målbaserade ersättningen har därutöver delats upp i två komponenter. En första mindre del avser ersättning utifrån andelen patienter som registreras i berörda kvalitetsregister. Data från kvalitetsregister i form av Nationella diabetesregistret och Rikssvikt är en viktig del av uppföljningen och det är därför viktigt att dessa register används. En andra och större del av den målbaserade ersättningen avser ersättning utifrån behandlingsmål och resultat.

Projektet om hjärtsvikt startade år 2008 i nordöstra Skåne med medverkan från 21 vårdcentraler och sjukhusen i Kristianstad respektive Hässleholm. I målen för hjärtsviktsprojektet ingår processmått i form av andel patienter som diagnosticerats med UKG (ultraljudsundersökning av hjärtat) och andel patienter som får läkemedelsbehandling enligt riktlinjer. Därutöver utgår målbaserad ersättning utifrån uppnådda resultat i form av minskat antal sjukdagar samt patientupplevd livskvalitet mätt med frågeformuläret EQ-5D. Enligt en första uppföljning av projektet har medverkan i Rikssvikt ökat, liksom andelen patienter som undersöks med UKG. Även andelen patienter som får läkemedelsbehandling enligt riktlinjer har ökat, även om det finns stora variationer mellan enheter (Olsson et al 2010).

Projektet om diabetes startade år 2009 i Västra Götalandsregionen med medverkan från 40 vårdcentraler. I diabetesprojektet ingår behandlingsmål i form av kontroll av blodsockernivå (HbA1c), totalkolesterol och blodtryck enligt de målvärden som

definierats i Nationella diabetesregistret. Ytterligare resultatmätt baseras på uppföljning med hjälp av patientenkät som tagits fram inom Nationella diabetesregistret.

Q-projektet kommer att avslutas med rapport till berörda departement och utvärdering av Socialstyrelsen under 2011. Ytterligare information om projektet finns på särskild hemsida www.q-projekten.se.

Fördelning av den s.k. kömiljarden

På statlig nivå finns under senare år ett ökat intresse av att koppla riktade statsbidrag till uppnådda resultat i landstingen. Ett exempel är den s.k. kömiljarden som fördelades utifrån hur väl olika landsting uppfyllde vårdgarantins krav år 2009. I överenskommelse med SKL beslutades att 900 miljoner kronor skulle delas mellan de landsting och regioner som erbjöd 80 procent av patienterna besök och behandling enligt vårdgarantins krav på maximalt 90 dagars väntetid för specialistbesök respektive behandling. Resterande 100 miljoner kronor skulle fördelas mellan de landsting och regioner som lyckades erbjuda 90 procent av patienterna besök och behandling enligt vårdgarantin. När överenskommelsen presenterades i september 2008 var det bara 3 av 21 landsting som klarade vårdgarantin och sammanlagt 130 000 patienter hade väntat på besök eller behandling längre tid än 90 dagar.

Den nya överenskommelsen gav snabbt resultat och år 2009 kunde 17 av 21 landsting erbjuda minst 90 procent av patienterna besök och behandling enligt vårdgarantins krav. Till en del förklarades utvecklingen av att landstingen exkluderade de patienter som själva valt att vänta längre än 90 dagar från statistiken. Detta gav också upphov till kritik och ett ifrågasätta om överenskommelsen gav upphov till verkliga förbättringar. En ny motsvarande överenskommelse, med ändrade krav på redovisningen, har införts för år 2010. Nya områden där statliga medel kan komma att kopplas till måluppfyllelse är den s.k. patientsäkerhetsmiljard och satsningar för att förbättra cancervården (SOU 2009:11).

3.4 Sammanfattning

I svensk hälso- och sjukvård används målbaserad ersättning främst inom primärvården som komplement till den i huvudsak fasta ersättning till vårdenheter per registrerad individ. I de flesta landsting uppgår den målbaserade ersättningen till ca tre procent av den totala ersättningen till vårdenheter. I landsting som Uppsala, Östergötland, Örebro och Västerbotten uppgår dock den målbaserade ersättningen till 4-5 procent av ersättningen. Vanligtvis hämtas målen från de generella uppföljningssystem som används för primärvård. I de flesta landsting används färre än 10 mål för ersättningen. I fem landsting baseras ersättningen på 11-20 mål. Flest mål återfinns i Uppsala och Västernorrland, som också har en hög andel målbaserad ersättning.

De flesta målen som används i primärvården baseras på struktur- eller processmått. Exempel är om vårdenheter följer de rekommendationer som formulerats av den lokala läkemedelskommittén eller i vilken utsträckning patienter erbjuds hälsofrämjande insatser. Antalet resultatmått är få och återfinns inom områdena tillgänglighet och patienterfarenheter. Flera av målen kan snarast betraktas som en riktad ersättning per åtgärd, t.ex. för att få till stånd mer hälsofrämjande insatser och fler läkemedelsgenomgångar. Det är få av målen som specifikt anknyter till kroniskt sjuka patienter eller andra patientgrupper där behoven kan anses större än för den genomsnittliga patienten.

Utformning av mål inom de två pilotprojekt som ingår i det s.k. Q-projektet, som drivs med medverkan från vårdenheter i Skåne respektive Västra Götalandsregionen, står i ganska skarp kontrast till den målbaserad ersättning som använd mera allmänt inom primärvården. Q-projektet omfattar enbart vården till diabetespatienter respektive hjärtsviktspatienter. Flera av de mål som ingår i pilotprojekten utgår från behandlingsmål och resultatmått och uppföljningen baseras till stor del på data i medicinska kvalitetsregister för de aktuella patientgrupperna.

Även om målbaserad ersättning framför allt fått fotfäste inom svensk primärvård finns exempel på andra tillämpningar. Landstinget i Uppsala län använder målbaserad ersättning som del av avtalen med både primärvård och sjukhus. En del av vårdavtalet med Akademiska sjukhuset har exempelvis som villkor att flertalet mål som anknyter till Socialstyrelsens definition av "god vård" ska uppnås. Om så inte är fallet blir sjukhuset skyldig att betala tillbaka

en del av ersättningen. Målbaserad ersättning har också använts vid fördelning av den statliga s.k. kömiljarden till landstingen i syfte att förbättra hälso- och sjukvårdens tillgänglighet.

De dokumenterade erfarenheterna av målbaserad ersättning i svensk hälso- och sjukvård är mycket begränsade. Den enda renodlade utvärderingen av målbaserad ersättning i primärvården i Östergötlands läns landsting visar att ersättningen kan ha avsedda effekter men att detta inte är självklart. Det finns också risk för undanträngning av de mål som inte belönas och att effekterna upphör när den målbaserade ersättningen tas bort. Ett stort problem vid införandet är att definiera relevanta och mätbara indikatorer och att kunskaperna om utgångsläget ofta är bristfälliga. Dåliga kunskaper om utgångsläget försvårar både uppföljningen och en lämplig utformning av ersättningen så att den berör de enheter som behöver förbättra sig mest.

4 Erfarenheter från Storbritannien och USA

Sammanställningen av dokumenterade erfarenheter från andra länder i detta kapitel baseras på en egen litteratursökning i databaserna Pubmed, HEED, NHS-HEED samt Econlit.¹¹ Sökningen har avgränsats till artiklar med sammanfattning ("abstracts") på engelska som publicerats efter den 1 januari 2004.¹² Avgränsningen i tid baserades på att flera systematiska översikter publicerades kring år 2005. Dessa antogs ha fångat och analyserat enskilda studier publicerade fram t.o.m. 2003. Förändringen mot "pay-for-performance" (P4P) inom brittisk primärvård, vilken är särskilt relevant att för svensk hälso- och sjukvård, introducerades dessutom år 2004, vilket är ytterligare argument för den tidsmässiga avgränsningen.

Sammanlagt resulterade sökningen i de fyra databaserna i 1 228 unika sammanfattningar varav 1 140 återfanns i Pubmed, 70 i Econlit, 15 i NHS-HEED och 3 i HEED. Av dessa bedömdes 75 artiklar som relevanta och togs fram i fulltext. De allra flesta

¹¹ Sökningen i Pubmed, HEED och NHS-HEED har skett med bistånd från SBU.

¹² Söksträngen för Pubmed var ("pay for performance"[Title/Abstract] OR "p4p"[Title/Abstract] OR "Reimbursement, Incentive"[Mesh] OR "financial incentive"[Title/Abstract] OR "financial incentives"[Title/Abstract] OR "performance pay"[Title/Abstract] OR "reimbursement incentive"[Title/Abstract] OR "reimbursement incentives"[Title/Abstract] OR "incentive reimbursement"[Title/Abstract] OR "incentive reimbursements"[Title/Abstract]) AND ("health care"[Title/Abstract] OR "healthcare"[Title/Abstract]) OR "quality"[Title/Abstract] OR "Quality of Health Care"[Mesh] OR "Quality Assurance, Health Care"[Mesh] OR "Quality Indicators, Health Care"[Mesh]).

Söksträngen för HEED var ('PAY-FOR-PERFORMANCE' OR 'financial incentive' OR 'financial incentives' OR 'reimbursement incentive' OR 'reimbursement incentives' OR 'economic incentive' OR 'economic incentives' OR 'economical incentives' OR 'economical incentive') AND ('healthcare' OR 'health care' OR 'quality')

Söksträngen för NHS-HEED var MeSH descriptor Reimbursement, Incentive (explode all trees) (incentiv*):ti,ab,kw or (p4p):ti,ab,kw or (pay for performance):ti,ab,kw or (pay-for-performance):ti,ab,kw (#1 OR #2)

Söksträngen för Econlit var ("pay for performance" [all fields] AND "health" [all fields]).

studier kommer från USA eller Storbritannien. I sökningen återfanns enstaka artiklar som behandlade målbaserad ersättning i Australien, Nya Zeeland, Italien, Spanien och Israel. Med undantag för Australien återfanns dock inga egentliga utvärderingar från dessa länder. Ingen av dessa studier bedömdes som tillräckligt relevanta för att tas med i rapporten.

Artiklarna och dess slutsatser redovisas i fem avsnitt. Inom respektive avsnitt tas olika studier upp i huvudsak efter kronologisk ordning, dvs. när de publicerades. Inledningsvis redovisas studier kring effekterna av P4P inom brittisk primärvård. Dessa studier har bedrivits i ett och samma sammanhang. Olika studier fungerar därför väl som varandras komplement och ger en förhållandevis bra bild över vad som hänt i brittisk primärvård. Studier från USA är mer svårtolkade eftersom de genomförts i så många olika sammanhang. I avsnitt 4.2 sammanfattas resultaten från några tidigare systematiska översikter från USA. I avsnitt 4.3 återges resultaten från ytterligare studier i amerikansk vård som publicerats efter 1 januari 2004 och som ingår i den egna litteratursökningen. I avsnitt 4.4, slutligen, diskuteras studier som analyserat P4P utifrån ett mera normativt perspektiv, inte minst vilka centrala frågor om utformningen av program som kan identifieras. Även om denna litteratur till stor del utgår från förhållanden och tillämpningar av P4P inom vården i USA har den bedömts som relevant även för svenska förhållanden.

Redovisningen av studier från särskilt USA är bitvis detaljerad och teknisk och förstås bäst av läsare med tidigare kunskap i ämnet. För läsare som inte är intresserade av enskilda studiers uppläggning och resultat avslutas kapitlet med en sammanfattning som lyfter fram de viktigaste erfarenheterna från Storbritannien och USA ur ett svenskt perspektiv.

4.1 Studier om effekterna av "pay-for-performance" (P4P) i brittisk primärvård

I Europa är det främst brittiska NHS som anammat "pay-for-performance" (P4P). Sedan år 2004 ges möjligheter till en extra målbaserad ersättning för "good practice" till allmänläkare inom ramen för "the Quality and Outcomes Framework" (QOF). Det brittiska programmet är sannolikt det enskilt största existerande

P4P-programmet i världen sett till ersättnings storlek. Det är också ett av de program som har flest medverkande vårdgivare. Enligt Campbell et al (2009) medverkar 99,6 procent av alla brittiska allmänläkare i QOF. Ersättningen svarar för ca 25 procent av deltagande allmänläkares inkomster och var ursprungligen uppbyggd kring ett 140-tal kvalitetsindikatorer i fyra s.k. domäner (se tabell 4.1). Uppföljningen sker i ett särskilt utvecklat IT-system. Beroende på utfallet kunde mottagningar ursprungligen få upp till ca 1000 poäng som översattes i pengar baserat på ett bestämt belopp per poäng. En bra hjärt-/kärlsjukvård och diabetesvård är viktigt för att få höga poäng i den kliniska domänen och kvaliteten på praktikers journalsystem väger tungt i den organisatoriska domänen. Hela 24 av de ursprungligen 80 kliniska indikatorer avsåg hjärt-/kärlsjukvård och 16 av de kliniska indikatorerna avsåg diabetesvård. Den målbaserade ersättningen är således till stor del fokuserad på att förbättra vården för stora grupper av kroniskt sjuka patienter. 12 av 43 organisatoriska indikatorer berörde på olika sätt journalsystemens kvalitet och användning, som är en annan viktig fokusering i QOF. Indikatorer som anknyter till diabetesvård, hjärt-/kärlsjukvård och journalernas kvalitet och användning svarade tillsammans för knappt hälften av den totala poängsumman.

Tabell 4.1 Kvalitetsindikatorer i brittiska QOF

Domän	Indikatorer	Exempel
Kliniska	80 indikatorer för 19 områden: kranskärslsjukdom, hjärtsvikt, stroke och TIA, högt blodtryck, diabetes, astma, KOL, epilepsi, cancer, palliativ vård, mental hälsa, depression, demens, kronisk njursjukdom, fetma, inlärningsproblem, rökning, hypothyreos, förmaksflimmer.	"Andel patienter med högt blodtryck där senaste uppmätta blodtryck (inom 9 månader) var 150/90 eller mindre."
Organisatoriska	43 indikatorer för 5 områden: journaler och information, patientinformation, utbildning, läkemedels- hantering, management.	"Praktiken har uppdaterade kliniska summeringar i minst 60% av patientjournaler."
Patienterfarenheter	4 indikatorer som berör konsultationers längd och användning av patientenkäter.	"Inbokade rutinbesök är inte kortare än 10 minuter."
Tilläggstjänster	8 indikatorer för 4 områden: gynekologisk screening, barnhälsovård, mödrahälsovård, preventivmedels- rådgivning.	"Hälsoundersökningar för barn erbjuds enligt riktlinjer."

I efterhand har man konstaterat att de kvalitetsmål som sattes upp för primärvården sannolikt var för enkla att nå. Redan under det första året uppnådde 98 procent av alla mottagningar målen, mot ett förväntat resultat på ca 75 procent. Den främsta effekten av programmet har snarast varit att allmänläkarnas inkomster ökat väsentligt, vilket också gett upphov till kritiska röster om man kunde ha använt pengarna på ett bättre sätt.

4.1.1 Effekter på arbetsformer och relationer

Kvalitativa studier som baseras på intervjuer med läkare och sjuksköterskor ger möjlighet att tidigt utvärdera hur de nya ekonomiska incitamenten tas emot och påverkar vårdgivares beteende. Även om sådana studier inte kan användas som evidens för att viss effekt har uppstått kan de hjälpa till att generera hypoteser om förväntade effekter, som sedan kan testas utifrån kvantitativa data. Kvalitativa studier kan också ge värdefull information om effekter på arbetsformer, organisation och relationer mellan läkare, sjuksköterskor respektive patienter som inte kan belysas med kvantitativa data. Sådana effekter kan i sin tur påverka kvalitén på den vård som ges. Om de ekonomiska incitamenten inte påverkar aktörers beteende är det inte heller särskilt troligt att man kommer kunna dokumentera någon förändring av vårdens kvalitet.

I den egna litteratursökningen återfanns två intervjustudier om effekterna av det program som introducerades i brittisk primärvård år 2004. Campbell et al (2008) intervjuade 21 familjeläkare och 20 sjuksköterskor verksamma vid sammanlagt 22 mottagningar i England som bedömdes som representativa. Intervjuerna genomfördes under februari till augusti år 2007, dvs. tre år efter att den nya målbaserade ersättningen införts. De flesta intervjuade läkare bedömde att programmet haft avsedd effekt och förändrat klinisk praxis. De flesta läkare och sjuksköterskor menade att sjuksköterskor i praktiken blivit den primära vårdgivaren för patienter med kroniska sjukdomar. En majoritet av läkarna välkomnade denna utveckling. Samtidigt menade man att en del av de egna kunskaperna om dessa patientgrupper förlorats och att kontinuiteten och den personliga relationen mellan läkare och patient försämrats. Bland sjuksköterskorna såg man positivt på det större ansvaret för kroniskt sjuka patienter. På de flesta mottagningar hade dock sjuksköterskorna bara fått ta mot en mindre del av den ekonomiska bonusen. Det mesta användes för att förstärka läkarnas inkomster. En del sjuksköterskor uttryckte missnöje över att man inte fått större del av ersättningen, särskilt som man i praktiken ansvarat för en stor del av kvalitetsförbättringarna.

Samtliga läkare bedömde att den egna agendan vid möte med patienten hade förändrats på grund av programmet. En viktig del av mötet var numera att tillfredsställa de krav på åtgärder som målen

och indikatorerna i den målbaserade ersättningen angav. Detta fick till följd att patientens egen agenda och syfte med läkarbesöket till en del trycktes undan. En del läkare menade att denna glidning i agendan även kunde skapa konflikter med patienten. Patienten ville prata om sina problem medan läkarna ville registrera de uppgifter som krävdes för att få målbaserad ersättning. Många läkare uttryckte bekymmer över den egna framtida yrkesrollen och långsiktiga konsekvenser av den kultur av resultatuppföljning som utvecklats.

I en kvalitativ studie av Maisey et al (2008) år 2006 intervjuades en allmänläkare respektive en sjuksköterska på tolv olika praktiker, dvs. sammanlagt 24 intervjuer. De övergripande resultaten stämmer överens med dem som redovisats av Campbell et al (2008). De intervjuade redovisade att samarbetet och vårdprocesserna enligt de indikatorer som omfattades av den målbaserade ersättningen hade förbättrats. Den vård som inte berördes av programmet bedömdes som oförändrad. Incitamenten att genomföra vissa aktiviteter i anslutning till varje besök innebar att besöket blev mindre styrt utifrån patientens egen agenda. Några beskrev att patientens kontinuitet gentemot läkare försämrats liksom möjligheterna för patienter att välja allmänläkare. Sjuksköterskor ansåg att arbetsbördan ökat men även att den egna autonomin och arbetstillfredsställelsen förbättrats. Läkarna ansåg att samarbetet med sjuksköterskor och rutiner för vård av kroniskt sjuka förbättrats. Man var mindre nöjd med de upplevda kraven på att bocka av åtgärder ("box-ticking"). Åtminstone några läkare redovisade att det förekom manipulering av data i syfte att maximera praktikens intäkter.

I en studie av Gemmel et al (2009) bekräftas indirekt bilden av att mottagningar till stor del klarat att nå de kvalitetsmål som definieras i "the Quality and outcomes framework" (QOF) genom att utveckla sjuksköterskors roll och ansvar. Baserat på data från 42 praktiker i England för åren 2003 och 2005 noteras att i synnerhet antalet sjuksköterskor ökade liksom antalet besök hos sjuksköterskor. Sjuksköterskor fick också ta emot mer komplexa besök år 2005 jämfört med 2003, dvs. ett år före införandet av P4P. I en senare studie av Griffiths et al (2010) undersöktes om det fanns någon samvariation mellan en utbyggd sjuksköterskekapacitet och redovisad kvalitet enligt QOF. Baserat på data från indikatorer i QOF och uppgifter om antalet anställda (heltids-ekvivalenter) sjuksköterskor bland 7 456 mottagningar kunde en

statistiskt säkerställd samvariation bekräftas. Mottagningar som anställde fler sjuksköterskor redovisade bättre kvalitet för flera av indikatorerna relaterade till kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), kranskärslssjukdom, diabetes och högt blodtryck. Detta resultat bekräftar enligt Griffiths et al resultaten från tidigare studier som undersökt effekten av substitution från läkare till sjuksköterskor. Som noteras av Griffiths et al är det dock oklart om den förbättrade kvaliteten enligt den egna studien förklaras av att sjuksköterskor tagit över ansvaret för en del besök från läkare (substitution) eller enbart att fler sjuksköterskor anställdes.

4.1.2 Effekter på uppmätta kvalitén för patienter

Flertalet studier om effekterna av den målbaserade ersättning som introducerades i brittisk primärvård år 2004 har baserats på de data som löpande registreras i QOF. I huvudsak har dessa studier fokuserat effekterna för vården av kroniskt sjuka, inte minst diabetiker. Eftersom det inte finns möjligheter att jämföra mot någon kontrollgrupp (så gott som alla mottagningar är med i programmet) är det i praktiken svårt att bedöma sambandet mellan den utveckling som redovisas i QOF och det nya ersättnings-systemet.

Campbell et al (2009) svarar för den hittills mest heltäckande studien av programmets effekter och har dessutom försökt kontrollera resultaten för underliggande trender i förbättringen av kvalitet. Studien baseras på tidsserieanalys av data från 42 representativa mottagningar mellan åren 1998 och 2003 respektive 2005 och 2007. För varje år insamlades uppgifter om vården till patienter med astma, diabetes och kranskärslssjukdom genom granskning av journaluppgifter. Patienters synpunkter på tillgängligheten samt kommunikation respektive kontinuitet gentemot läkare bedömdes genom analys av resultat från existerande patientenkäter. För alla tre diagnoserna kunde studien konstatera att det skett förbättringar mellan 1998 och 2003. Det gällde i synnerhet för patienter med kranskärslssjukdom. Mellan år 2003 och 2005 fanns en statistiskt säkerställd ökad förbättringstakt för de indikatorer i QOF som avsåg astma och diabetes. För kranskärslssjukdom fanns inte någon ytterligare förbättring jämfört med trenden före 2003, som då var mer positiv än för de andra två diagnoserna. Mellan år 2005 och 2007 stagnerade utvecklingen för

alla tre diagnoserna till en årlig förändringstakt som låg under den som registrerades för perioden 1998- 2003. Kvaliteten på vården för patienter med astma och kranskärslssjukdom sett till sådana aspekter som inte fanns med i QOF minskade. För tillgängligheten och kommunikationen med läkare fanns inga förändringar mellan åren. Kontinuiteten mellan patienter och läkare försämrades mellan åren 2003 och 2005 och låg 2007 kvar på en oförändrat lägre nivå jämfört med före reformen. Även om denna förändring var statistiskt säkerställd vad den blygsam till sin storlek.

Campbell et al drar slutsatsen att det nya ersättningssystemet inom brittisk primärvård förbättrade den uppmätta kvalitén enligt indikatorer i QOF för två av tre tillstånd på kort sikt; astma och diabetes. När målen var uppnådda reducerades dock förbättringstakten för de indikatorer som omfattades av programmet och kvalitén sjönk för två diagnoser som inte var kopplade till några ekonomiska incitament. En möjlig förklaring är att läkarna hade begränsade incitament att förbättra kvalitén ytterligare efter det att man uppnått maximalt möjliga poäng. Även patienters kontinuitet gentemot läkare försämrades. Detta stämmer väl med tidigare redovisade intervjustudier, som visat att sjuksköterskor tagit över en del av vården för kroniskt sjuka. Det är därmed också oklart hur detta resultat om minskad kontinuitet gentemot läkare ska tolkas. Patienterna själva kan ha upplevt en förbättrad kontinuitet gentemot sjuksköterskor.

I en senare studie av Sutton et al (2010) analyserades utvecklingen baserat på data i QOF för 315 mottagningar i Skottland avseende registrering av blodtryck, rökstatus, kolesterol-nivå, BMI ("body mass index") samt alkoholkonsumtion för patienter med respektive utan kronisk sjukdom. Genom att jämföra utvecklingen mellan patienter med respektive utan kronisk sjukdom för perioden 2000/01 – 2005/6 kunde effekterna av de ekonomiska incitamenten utvärderas eftersom den extra ersättningen bara var knuten till bättre kontroll av patienter med kronisk sjukdom. Författarna konstaterade att antalet kontroller ökade för alla patienter, men mer för de kroniska patienter där kontroller var en del av den målbaserade ersättningen. Särskilt stor var ökningen för indikatorer med tydliga krav och större ersättningsnivå. Det fanns också en positiv extern effekt. Även vårdaspekter som inte var föremål för en extra ersättning till kroniskt sjuka patienter förbättrades. Priset för den förbättrade kontrollen var dock förhållandevis högt. Varje mottagning

betalades i genomsnitt £20 500 för i genomsnitt 410 ytterligare kontroller som belönades enligt programmet.

4.1.3 Undantagsrapportering

Doran et al (2006) studerade i vilken utsträckning exkludering av patienter från poängbedömningen under det första året med målbaserad ersättning (dvs. från april 2004 t.o.m. mars 2005) kunde förklara de höga kvalitetspoäng som redovisades av de flesta primärvårdsenheter. En sådan möjlighet till undantag av patienter togs med för att poängsystemet inte skulle få orimliga konsekvenser. Exempel på skäl som mottagningar kunde anföra var att en patient var obotligt sjuk i cancer och att det därför var meningslöst att sträva efter kontroll av exempelvis kolesterolnivån. Ett annat exempel är att en patient redan fick maximal läkemedelsdos men ändå inte hade blodtrycket under kontroll. Ytterligare skäl var att patienten inte ville medverka i viss rekommenderad behandling eller intervention. Doran et al fann att undantagsrapporteringen inte var särskilt omfattande under första året; median mottagningen undantog 6 procent av patient-underlaget. Det fanns dock stora variationer och 1 procent av mottagningarna exkluderade mer än 15 procent av patienterna. Undantagsrapportering var också den bästa prediktorn för höga poäng. Varje procents ökning i undantagen ökade den redovisade poängsumman för mottagningar med 0,31 procent.

I en senare studie av Doran, Fullwood et al (2008) för perioden april 2005 till mars 2006 kunde undantagsrapporteringen för olika kliniska aktiviteter analyseras. Studien fann att läkare var mer benägna att exkludera patienter för indikatorer som var relaterade till att nå behandlingsmål. Läkare var mindre benägna att undanta patienter för indikatorer som handlade om rutinkontroller och erbjudande om behandling. I genomsnitt ansåg författarna att andelen undantag var låg och att det inte fanns något stöd för att principen om undantag utnyttjades allmänt. Totalt sett motsvarade kostnaden för undantagsrapporteringen 1,5 procent av den totala ersättningen för det målbaserade programmet.

Gravelle et al (2010) kommer till delvis andra slutsatser baserat på data från mottagningar i Skottland. Skottland tillämpar samma typ av kliniska indikatorer som i England och har haft samma erfarenheter i form av att de allra flesta enheter (92,5 procent)

erhöll maximalt möjliga poäng redan under första året. För Skottland finns dock tillgång till flera bakgrundsvariabler om enheterna, vilket förbättrar analysmöjligheterna om bl.a. förekomst av undantagsrapportering. Gravelle et al visade att skillnader i undantagsrapporteringen till en del förklarades av i vilken utsträckning undantag lönade sig för olika enheter och även hade samband med antal listade per allmänläkare och förekomst av konkurrens mellan enheter.

4.1.4 Studier om effekter på diabetesvården

Flertalet studier om målbaserad ersättning i brittisk primärvård har fokuserat effekter inom diabetesvården. Millett et al (2007) fann att fler diabetespatienter fått sin rökstatus dokumenterad år 2005 jämfört med 2003. Även andelen patienter som fått rådgivning att sluta röka hade ökat under samma period och andelen rökare hade minskat. Ashworth et al (2008) rapporterar att kontroll av blodtryck förbättrats efter införandet av P4P år 2004. Förutom förbättringar i detta avseende i genomsnitt så hade tidigare skillnader mellan områden med olika socioekonomisk profil nästan försvunnit. Även Doran et al (2008) rapporterar om minskade skillnader i uppmätt kvalitet mellan områden med olika socioekonomisk profil efter de tre första åren med målbaserad ersättning.

Andra studier har undersökt eventuella skillnader utifrån den vård som individer med olika socioekonomisk bakgrund fått, snarare än skillnader i de resultat som redovisats av mottagningar lokaliserade i områden med olika socioekonomisk profil. Crawley et al (2009) fann inga statistiskt säkerställda skillnader i den vård som arbetare respektive tjänstemän med kranskärsljukdom, diabetes eller högt blodtryck fick vare sig före eller efter införandet av målbaserad ersättning. Guthrie et al (2009) konstaterar att 96,9 procent av 10 191 kartlagda typ-2 diabetespatienterna under april 2006 fått rekommenderade åtgärder i form av kontroll av HbA1c, blodtryck, kolesterolnivå och rökstatus. Kontrollen av riskfaktorer i form av att enheter faktisk uppnådde behandlingsmålen kopplade till HbA1c, kolesterolnivå, blodtryck och rökning fungerade dock sämre. Fem av sex patienter uppnådde inte ett eller flera av behandlingsmålen. Författarna kunde inte hitta någon variation beroende på socioekonomiska faktorer, förutom för rökning, vilket

var en skillnad som även identifierats i studier före införandet av P4P. Däremot fann författarna att det var mindre sannolikt att uppnå nämnda behandlingsmål för patienter under 55 år. I en studie av Millett et al (2009) fann man dock att introduktionen av målbaserad ersättning år 2004 samvarierade med ökade skillnader i kvalitén för diabetespatienter tillhörande olika etniska grupper (vita, svarta respektive asiater). Förbättringar av indikatorer i QOF som var större än den underliggande trenden kunde dock identifieras för samtliga grupper.

Ytterligare studier har undersökt effekten av P4P för diabetespatienter med och utan ytterligare diagnoser. Millett et al (2009) fann efter analys av data för åren 2004 och 2005 att diabetespatienter med ytterligare diagnoser snarast fått mer fördelar av programmet, jämfört med patienter med enbart diabetes.

I en översiktsartikel av Alshamsan et al (2010) sammanfattas flera studier om effekterna av målbaserad ersättning på diabetesvården. Studierna och dess resultat sätts dessutom in i ett bredare sammanhang. Författarnas slutsatser är att det finns viss evidens för att introduktionen av P4P i brittisk primärvård lett till förbättringar enligt de kvalitetsindikatorer för diabetes som inkluderas i programmet. Det är dock svårt att skilja effekten av programmet från andra och parallellt genomförda insatser för att förbättra diabetesvården. Få studier har dessutom försökt justera dokumenterade förbättringar från den långsiktigt underliggande trenden i förbättrad kvalitet. Det finns enligt författarna också viss evidens för att P4P kan ha reducerat skillnader i diabetesvården för patienter med olika socioekonomisk bakgrund. Även om förbättringar kan noteras för samtliga grupper verkar kvinnor och etniska minoritetsgrupper ha dragit mindre fördelar av målbaserad ersättning än andra. Det är osäkert hur andra aspekter av diabetesvården som inte omfattas av indikatorerna i programmet påverkats.

4.2 Systematiska litteraturöversikter från USA

Tidiga systematiska översikter

Två ofta citerade tidiga systematiska översikter är Rosenthal & Frank (2006) samt Petersen et al (2006). Översikterna baseras på olika sökstrategier och inkluderar därför inte samma antal studier.

Sammanlagt identifierade de två översikterna 20 relevanta studier. De fyra studier som ingår i båda översikterna har bedömts på likartat sätt avseende resultaten. Utifrån vad som kan bedömas av den information som ges i översikterna är samtliga studier genomförda inom amerikansk hälso- och sjukvård och avser program inom primärvården.

Av de sju studier som inkluderades i Rosenthal & Frank's översikt redovisade tre studier åtminstone delvis positiva effekter på kvalitén. Två studier avsåg positiva resultat i försök att stimulera influensavaccination respektive barnvaccination genom ekonomiska incitament till enskilda läkare. I studien om barnvaccinationer bestod förbättringen primärt av förbättrad dokumentation. Den tredje studien handlade om stimulanspengar för att främja rökavvänjning. Både dokumentation och faktisk rådgivningsverksamhet bland läkare ökade, men inte andelen patienter som slutade att röka. I övriga fyra studier fanns ingen skillnad mellan interventions- och kontrollgrupp (2 studier), alternativt att det inte fanns någon kontrollgrupp att jämföra med (2 studier).

Den systematiska översikten av Petersen et al (2006) inkluderade 17 kontrollerade studier om effekterna av explicita ekonomiska incitament utformade i syfte att förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet. De flesta studier, 13 stycken, utvärderade belöningar för att främja preventiva insatser, däribland barnvaccinationer. Fem studier utvärderade belöningar för att åstadkomma bättre vård till patienter med kroniska sjukdomar. Ungefär hälften av studierna avsåg ersättning till enskilda läkare och resterande andel en målbaserad ersättning till läkargrupper eller vårdenheter. Som nämns av Petersen et al finns potentiella problem med "free-riding" vid ekonomiska incitament på gruppnivå. Det kan leda till att enskilda läkare inte anstränger sig lika mycket eftersom man inte vet i vilken utsträckning egna uppoftningar kommer att belönas. Å andra sidan finns också begränsningar om ersättningen går till enskilda läkare om önskvärda förbättringar kräver insatser på gruppnivå.

Sett till resultaten fann Petersen et al viss variation beroende på om ersättningen avsåg läkargrupper eller enskilda läkare. Sju av nio studier som utvärderade effekter av ekonomiska incitament på gruppnivå fann statistiskt säkerställda förbättringar för de indikatorer som belönades (2 studier) eller förbättringar för vissa av de indikatorer som ingick i programmet men inte för andra (5

studier). Två välgjorda och dessutom randomiserade studier om incitament på gruppnivå kunde dock inte påvisa någon skillnad mellan interventions- och kontrollgruppen. För studier som utvärderade ekonomiska incitament för enskilda läkare var resultaten tydligare. Fem av sex studier identifierade statistiskt säkerställda förbättringar för samtliga eller åtminstone några av de indikatorer som belönades. Den sjätte studien kunde inte påvisa någon skillnad mellan interventions- och kontrollgrupp. Tre av studierna kunde påvisa icke-avsedda effekter till följd av de ekonomiska incitamenten. Två studier fann att dokumentationen av vårdens kvalitet förbättrades, snarare än den faktiska vårdens kvalitet. I en studie fann man tendenser till att svårighetsgraden för patienter överdrevs av vårdgivare, för att man på så sätt skulle få bättre möjlighet att nå målen och den extra ersättningen.

Två studier i översikten av Petersen et al studerade användning av ekonomiska incitament som del av kontrakten med vårdgivare. I båda fallen syftade de ekonomiska incitamenten till att förbättra tillgängligheten för patienter med stora behov. Studiernas resultat går i olika riktning. I den ena studien om tillgängligheten till plats på sjukhem gav det nya kontraktet önskvärt resultat. I den andra studien om missbrukares tillgänglighet till plats på behandlingshem försämrades dock tillgängligheten ytterligare.

I många av de studier som granskades av Rosenthal & Frank (2006) och Petersen et al (2006) var de grupper som jämfördes små vilket innebär att resultaten är osäkra. Åtminstone Petersen et al bedömer trots detta att den egna översikten sammantaget visar att vårdgivare reagerar på ekonomiska incitament. Både Rosenthal & Frank (2006) och Petersen et al (2006) påtalar dock att de skillnader i kvalitet som noterats i studier vanligtvis varit blygsamma. En förklaring, menar man, är att den extra ersättning som betalats ut varit liten och betalats ut först i slutet av året. Enligt åtminstone några av de studier som tas upp i de båda översikterna förefaller läkarna inte heller ha haft någon kunskap om programmen. I många fall har bonusen enbart avsett en del av de patienter som enskilda läkare eller läkargrupper behandlat. Detta problem kan anses typiskt för amerikansk hälso- och sjukvård. Enligt Rosenthal & Frank finns studier som funnit att läkare i första hand anpassar sig till de krav som ställs av den mest betydande finansiären. För andra finansiärer kan därför införandet av särskilda ekonomiska incitament ha blygsam effekt.

Ytterligare översikter fr.o.m. år 2007

Flertalet systematiska översikter om "pay-for-performance" i hälso- och sjukvården har publicerats även under senare år, vilket återspeglar det stora intresse som funnits om ämnet. Till stor del bekräftas de resultat som lagts fram i de tidiga översikterna från år 2006 och de allra flesta av studierna kommer från hälso- och sjukvårdens i USA. Senare översikter bidrar dock till de samlade erfarenheterna. Det går också att notera ett stigande intresse i olika studier om hur "pay-per-performance" bör utformas så att programmen har avsedd effekt.

Frölich et al (2007) identifierade åtta utvärderingar baserat på studier med randomisering till interventions- respektive kontrollgrupp efter sökning i Pubmed och Cochrane för perioden 1980 till juni 2005. Sammanlagt utvärderade dessa studier effekten av ekonomiska incitament på tio indikatorer, varav sex utföll positivt (interventionsgruppen bättre) och fyra var neutrala (ingen skillnad mellan interventions- och kontrollgrupp). De flesta studier gav ingen fullständig beskrivning av de ekonomiska incitamentens utformning eller storlek, eller vilka alternativkostnader som vårdgivare tog på sig om man genomförde de förändringar som önskades. Frölich et al efterlyser mer transparens i dessa avseenden i kommande studier så att resultaten är möjliga att tolka.

Även en översikt av Briesacher et al (2009) gällande målbaserad ersättning för sjukhem redovisas brister i utvärderingarnas antal och kvalitet. Enbart fyra av de tretton program som identifierades efter en sökning i Pubmed och Google för perioden 1980 till 2007 hade genomgått en formell utvärdering. Sex av de tretton programmen hade lagts ned. Ett program, där sjukhem randomiserades till interventions- respektive kontrollgrupp, redovisade positiva effekter av interventionen. I enlighet med målsättningarna tog sjukhem i interventionsgruppen emot fler patienter med svåra funktionshinder och utskrivning till hemmet var vanligare än för sjukhem i kontrollgruppen. Patienter i interventionsgruppen hade också lägre sannolikhet för sjukhusinläggningar eller död jämfört med kontrollgruppen. Den genomsnittliga vårdkostnaden i interventionsgruppen var dock 5 procent högre än i kontrollgruppen. Övriga utvärderingar av sjukhem som identifierades av Briesacher et al hade metodologiska svagheter men kunde i bästa fall bara redovisa smärre effekter av den målbaserade ersättningen.

En översikt av Christianson et al (2008) syftade till att komplettera tidigare översikter genom att ställa mindre strikta krav på utvärderingens design. Syftet med denna utgångspunkt var att även studier som utvärderat större program där det inte fanns möjligheter att exempelvis randomisera skulle inkluderas. Som noteras i översikten innebär de lägre kraven på studiers design att bevisvärdet blir svagare. Det blir svårare att utesluta att andra faktorer kan ha påverkat utvecklingen. Å andra sidan finns möjligheter att lära sig något om vilka problem och frågor som kan uppstå vid en implementering och hur P4P hänger samman med andra initiativ för att förbättra kvaliteten, vilket de småskaliga randomiserade experimenten inte kan belysa.

Sammanlagt identifierade översikten 15 studier publicerade mellan 2003 och 2007. De flesta avsåg P4P för läkare eller grupper av läkare i USA. En studie avsåg dock P4P i brittisk primärvård och ytterligare en studie P4P för sjukhus i Australien.

De förhållandevis få utvärderingar som avsåg sjukhus konkluderade att de nya ekonomiska incitamenten endast hade gett marginella förbättringar utöver de åtgärder för att förbättra kvalitén som vidtagits i övrigt. I samtliga studier fanns en potentiell skevhet i form av att sjukhus frivilligt kunde ansluta sig till P4P-programmen, vilket naturligtvis försvårar möjligheterna att formulera slutsatser.

Sett till program som syftade till att påverka enskilda läkare eller läkargrupper fanns i flera studier bättre möjligheter att jämföra med kontrollgrupper. I de flesta fall dokumenterades positiva effekter på de indikatorer som P4P omfattade, även om förändringarna ofta var små och ofta bara gällde för en del av de indikatorer som programmen omfattade. Liksom framkommit i tidigare översikter var det inte ovanligt att i första hand den dokumenterade kvalitén förbättrades. I de flesta program tycks även en större del av den målbaserade ersättningen ha gått till enheter eller läkare som redan hade en bra kvalitet och som därmed lättare kunde nå målen.

En annan lärdom var att målbaserad ersättning ofta var en del av ett större åtgärds paket som syftade till att förbättra vårdens kvalitet. Det försvårar möjligheterna att utvärdera den specifika effekten av den målbaserade ersättningen. Å andra sidan kan hävdas att den specifika effekten av målbaserad ersättning är mindre intressant eftersom sådana program i praktiken införs tillsammans med andra åtgärder för att förbättra kvalitén.

Conrad & Perry (2009) strukturerade sin översikt i syfte att besvara frågor om hur en målbaserad ersättning bör utformas. Åtta frågor identifierades som bedömdes ha särskild relevans för den förväntade effekten:

1. Ska man använda belöningar eller viten?
2. Ska man ersätta individuella läkare eller grupper; vilka mått ska användas?
3. Ska målen vara generella eller specifika?
4. Tränger externa incitament ut intern motivation med risk för icke-avsedda effekter?
5. Ska ersättningar vara absoluta eller relativa?
6. Vilken storlek bör ersättningen ha?
7. Vilken betydelse har osäkerhet kring ersättningen?
8. Vilken betydelse har frekvens och duration av ersättningen?

Det är knappast förvånande med tanke på resultaten av andra översikter att Conrad & Perry inte kunde ge några empiriskt baserade svar på frågorna. De slutsatser som författarna redovisar baseras i stället på teoretiska resonemang och resultat från generella studier om hur individer agerar givet olika ekonomiska incitament. Författarnas egen konklusion kring P4P är att empiriska studier visat att ekonomiska incitament kan förbättra både struktur-, process- och resultat kvalitet. I frånvaro av komplementära och mer fundamentala förändringar i hur vården i USA organiseras och styrs kan man dock bara förvänta sig blygsamma vinster.

I en översikt av Mehrotra et al (2009) studerades om det fanns evidens för målbaserad ersättning till sjukhus. Efter sökningar i fem databaser för perioden 1996 till 2007 återfanns åtta relevanta studier som utvärderat tre olika program, samtliga i USA. I fem av studierna fanns ingen kontrollgrupp eller bedömning av trenden före införandet av interventionen. Det innebär att det inte går att bedöma i vilken utsträckning de förbättringar som dokumenterades orsakats av målbaserad ersättning. Tre av studierna var mer välgjorda och inkluderade en kontrollgrupp. Samtliga avsåg ett 3-årigt försök med bonusprogram som inrättades inom det federala försäkringsprogrammet för äldre (Medicare) av dess kontrollmyndighet "Centers for Medicare and Medicaid" (CMS) år 2003. Av 450 inbjudna sjukhus deltog 262 sjukhus i 38 delstater. Bonusprogrammet avsåg möjligheter till extra ersättning baserat på utvecklingen av kvalitetsindikatorer för fem diagnoser: hjärtinfarkt,

lunginflammation, hjärtsvikt, kranskärlskirurgi samt höft- och knäledsplastik. De flesta av indikatorerna avsåg processmått men för några av diagnoserna inkluderade programmet även resultatmått i form av mortalitet, återinskrivningar och andel komplikationer. För varje diagnos fick de 10 procent bästa sjukhusen en bonus motsvarande 2 procent av utbetalningar från Medicare för samma diagnos. Sjukhus bland de 10-20 procent bästa fick på motsvarande sätt 1 procent bonus. Sjukhus som i slutet av treårs perioden inte uppvisade bättre resultat än de sämsta 20 procenten år 1 skulle i stället betala ett vite motsvarande 1-2 procent av den ersättning man fått.

Sett till resultaten av de tre utvärderingarna utvecklades både interventions- och kontrollgruppen positivt sett till processmått. Utvecklingen för de sjukhus som deltog i P4P-programmet var dock 2-4 procent bättre än för kontrollgruppen. Deltagande sjukhus var dock inte "genomsnittliga" utan hade förmodligen bättre förutsättningar att nå de mål som formulerats av CMS. Jämfört med genomsnittet för USA var exempelvis sjukhus som deltog större och fler var icke-vinstsyftande. I en av de tre utvärderingarna justerades för denna skevhet, varefter skillnaden minskade från 4,3 till 2,9 procent bättre resultat för interventionsgruppen. Som Mehrota et al påpekar kvarstår dock viss osäkerhet kring jämförbarheten mellan grupperna. Den redovisade skillnaden avser också processmåttens utveckling. Den enda studie som dessutom utvärderade skillnader i mortalitet för diagnosen hjärtinfarkt kunde inte finna någon skillnad mellan interventions- och kontrollgrupp. En begränsning i alla tre utvärderingarna var också att man inte bedömde eventuella undanträngningseffekter på andra diagnoser. Med tanke på det stora antalet diagnoser och möjliga kvalitetsindikatorer för ett sjukhus är en sådan analys knappast heller möjlig att genomföra.

Även Mehrota et al konstaterar att P4P inte införts isolerat utan i kombination med andra åtgärder för att förbättra kvalitén. I samliga åtta utvärderingar som inkluderades i översikten av Mehrota et al ingick studerade sjukhus i system för öppna jämförelser av kvalitet. De granskade utvärderingarna säger således ingenting om effekterna av P4P isolerat utan snarare i kombination med öppna jämförelser. Även om P4P ger vissa förbättringar av kvalitén är de också förknippade med kostnader i form av extra ersättningar och administrativa kostnader för att utveckla system och ta fram data. Endast en av de åtta studierna i Mehrota et al

beräknade kostnaderna per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (QALY) för det utvärderade programmets effekter på vården för hjärtinfarkt- respektive hjärtsviktpatienter. Studien saknade dock kontrollgrupp.

4.3 Enskilda studier om effekter av "pay-for-performance" i USA

I det här avsnittet redovisas resultaten av ett urval enskilda studier som bedömts intressanta för att de kompletterar den bild som ges av olika översikter. Det gäller studier om P4P i Massachusetts, Kalifornien och Hawaii, P4P för att förbättra tillgången till vård bland USAs fattiga samt ytterligare studier om P4P inom det federala försäkringsprogrammet Medicare. Dessutom sammanfattas en undersökning om hur användningen av "pay-for-performance" utvecklats bland s.k. "early-adaptors", dvs. bland de finansiärer som först anammade principerna.

Studier från Massachusetts, Kalifornien och Hawaii

Pearson et al (2008) utvärderade ett successivt införande av P4P bland fem icke- vinstsyftande hälso- och sjukvårdsorganisationer i Massachusetts åren 2001 till 2003. Eftersom de nya kontrakten med P4P med olika läkargrupper hade samma indikatorer och infördes stegvis kunde man successivt jämföra resultat för läkargrupper med respektive utan P4P. Kontrollgrupper valdes ut för att matcha interventionsgrupper under basåret 2001. Programmen omfattade i huvudsak indikatorerna som syftade till screening (t.ex. mammografi) respektive indikatorer för bättre behandling av kroniskt sjuka (t.ex. kontroll av HbA1c hos diabetiker). Utvärderingen kunde påvisa förbättringar för både kontroll- och interventionsgrupper men det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna. En möjlig förklaring enligt författarna är att diskussionerna kring P4P och öppna jämförelser av kvalitet bidrog till en allmän förändring i klinisk praxis och att samtliga läkare förväntade sig att de egna resultaten i en framtid skulle få konsekvenser för deras inkomster. Det är också möjligt, menar författarna, att den målbaserade ersättningen var för liten. I

genomsnitt svarade programmet för 2,2 procent av läkargruppernas ersättning.

Damberg et al (2009) utvärderade erfarenheter bland läkargrupper och finansiärer av P4P i Kalifornien baserat på intervju-data. Det program som avsågs hade upprättats år 2003 i samarbete mellan sju "health maintenance organisations" (HMOs) och omfattade totalt 225 läkargrupper som i övrigt ersattes genom fast belopp per registrerad individ. Vid tidpunkten för utvärderingen första halvåret 2007 var programmet det enskilt största inom amerikansk vård. En annan unik egenskap var att ungefär 60 procent av finansieringen till berörda läkargrupper kom från de HMOs som samverkade kring P4P. Den brist som funnits i många andra program, att varje finansiär och program för målbaserad ersättning enbart svarat för en liten del av berörda läkares inkomster, fanns således inte i det studerade programmet. Syftet med utvärderingen var att kartlägga hur läkargrupper ändrade sitt beteende till följd av programmet, vilka utmaningar läkargrupper stod inför när kvalitén skulle förbättras, om programmet hade bidragit till att uppställda mål uppnåts, samt utmaningar för den fortsatta utvecklingen av programmet. Intervjuer genomfördes med 35 representanter för läkargrupper samt med ansvariga för P4P programmen hos samverkande HMOs.

25 av 31 representanter för läkargrupperna menade att P4P påverkat organisationen i form av större upplevt ansvar för kvalitén, snabbare införande av IT-stöd, förbättrad datainsamling avseende kvalitet samt större fokus och stöd för införande av kvalitetsförbättrande program. 23 representanter ansåg att programmet var betydelsefullt eller mycket betydelsefullt. Ungefär hälften av läkargrupperna menade att programmen gett en ekonomisk vinst till dem själva, dvs. att de investerat mindre belopp på kvalitetshöjande åtgärder än de extra intäkter programmet genererat. Sex representanter ansåg att intäkterna knappt räckte till för att täcka merkostnaderna.

20 representanter menade att programmen påverkat beteendet hos enskilda läkare. 29 av de 35 läkargrupperna hade också ändrat eller utvecklat kontrakten med enskilda läkare, särskilt primärvårdsläkare, så att det stämde överens med innehållet i P4P programmen. Storleken på dessa program för enskilda läkare var dock förhållandevis begränsad; mellan 1 – 5 procent av de totala inkomsterna. Några representanter menade att de ekonomiska incitamenten var för svaga och att det inte "var värt bekymret" för

läkare att försöka nå bonus. Det fanns dessutom bättre möjligheter för läkargrupperna att generera ytterligare intäkter genom att fokusera på andra delar i kontraktet med finansiärerna. 21 representanter ansåg att minst 10 procent av läkarnas inkomster behövde kopplas till kvalitet för att beteendet skulle ändras. Få läkargrupper återförde information till enskilda läkare om deras individuella prestationer för olika kvalitetsindikatorer. De flesta enskilda läkare hade enbart tillgång till aggregerade data för hela den läkargrupp där man var verksam.

Nio representanter för läkargrupper kunde ge exempel på negativa effekter till följd av programmet. Exempel var att icke-följsamma patienter exkluderades eller att resurser ägnades åt aktiviteter som gav bonus men inte någon vinst för patienterna. Över två tredjedelar av representanterna menade att de positiva effekterna övervägde. Flera ansåg att risken för icke-avsedda effekter skulle öka om programmen växte i betydelse, exempelvis att patienter för vilka det var svårt att nå målen exkluderades, undanträngning av kvalitetsaspekter som inte följdes upp och belönades samt ansträngningar för att åstadkomma förbättrad dokumentation snarare än verkliga förbättringar för patienter.

Sett till synpunkter från hälso- och sjukvårdsföretagens representanter fanns ett utbrett missnöje med att programmen inte gett så stora effekter på kvalitén som man hade hoppats på. Flera finansiärer ifrågasatte också om de förbättringar som observerats var indikationer på förbättrad dokumentation av kvalitet snarare än förbättrad verklig kvalitet. Man var dock fortfarande engagerad i programmen och såg snarast anledningar att utveckla programmen ytterligare. I huvudsak framfördes tre förslag på åtgärder för att skapa bättre effekt:

- öka incitamentens storlek genom att villkora en del av den övriga ersättningen,
- ändra belöningarna till fördel för läkargrupper som redovisar förbättringar snarare än att man når viss absolut nivå,
- förbättra möjligheterna till belöningar för små läkargrupper med initialt svaga resultat.

Det fanns också önskemål bland intervjuade att öka antalet indikatorer och inkludera indikatorer på kostnadseffektivitet för att få ett mera heltäckande program. Detta önskemål stod i kontrast till läkargrupperna åsikter som inte gav något stöd åt fler

indikatorer i programmen. Fler än 10-15 indikatorer skulle öka de administrativa kostnader och leda till sämre stöd för de kvalitetsförbättringar man för närvarande arbetade med, hävdade man.

Sammanfattningsvis konstaterar Damberg et al att P4P programmet bland samverkande HMOs i Kalifornien inte gett önskade effekter på kvaliteten och knappast bidragit till att utjämna kvaliteten mellan läkargrupper. Avsaknaden av effekt innebär att programmets konstruktion behöver utvecklas och även att alternativa sätt att ge stöd för en bättre kvalitet behöver övervägas. En första utmaning när det gäller fortsatt utveckling av program för P4P är hur incitamenten kan förstärkas utan att risken för icke-avsedda effekter ökar. En annan utmaning är hur programmen kan utformas så att tillräckliga belöningar ges till de kvalitetsmässigt svaga grupper som behöver utvecklas mest. En tredje utmaning är hur antalet indikatorer påverkas läkares engagemang och sannolikheten för att åstadkomma verkliga förbättringar av vården.

Även Mullen et al (2010) utvärderade effekter av ett bonusprogram bland läkargrupper i Kalifornien. Baserat på data från år 2000 till 2004 och utifrån jämförelser med utvecklingen för läkargrupper som inte berördes av programmet konstaterades att de ekonomiska incitamenten påverkade åtminstone några av indikatorer som ingick i programmet på ett positivt sätt. Effekten ökade också med storleken på den förväntade belöningen. Å andra sidan kunde också en negativ utveckling noteras för andra indikatorer i programmet. Författarna kunde inte hitta några bevis för att programmet lyckats förbättra vården på något avgörande sätt. Det fanns inte heller någon evidens för undanträngning av annan verksamhet.

Bristen på positiva effekter i olika studier skulle kunna förklaras av att uppföljningstiden vanligtvis är kort. I en studie av Chen et al (2010) utvärderades effekten av P4P för vården till diabetespatienter baserat på 8-års data från en stor hälso- och sjukvårdsorganisation i Hawaii. Studien fann att diabetespatienter som träffade läkare som deltog i det frivilliga programmet med bonusar hade större sannolikhet att få en kvalitativ vårdprocess, exempelvis i form av rekommenderat antal tester av HbA1c samt kolesterolnivå. Diabetespatienter som fick en kvalitativt bättre vård hade också lägre sannolikhet för inskrivning på sjukhus. Det fanns också ett direkt samband mellan inskrivning på sjukhus och bonusprogrammet. Patienter som träffade läkare som medverkade i

programmet under tre år i följd hade mindre sannolikhet för inskrivning på sjukhus jämfört med övriga patienter. Resultaten indikerar att utvärderingar av P4Ps påverkan på vårdens resultat bör ha en lång uppföljningstid samt att även kontinuitet i programmen kan ha betydelse. En brist i utvärderingen av Chen et al är att kontrollgruppen omfattade de läkare som valt att stå utanför bonusprogrammet. Även om författarna inte kunde påvisa någon signifikant skillnad mellan läkargrupperna vid start ifråga om provtagning av HbA1c och kolesterol är det troligt att de läkarna som valde att gå med i programmet hade en annan uppfattning om möjligheterna och/eller vikten av att nå de processmål som belönades i programmet. En annan faktor som kan ha påverkat resultatet av studien är att ett nytt vårdprogram för diabetes introducerades kort efter införandet av bonusprogrammet. Även om skillnader i vårdresultaten kunde konstateras mellan interventions- och kontrollgrupp finns således osäkerhet om dessa hänger samman med införandet av P4P.

P4P för att förbättra tillgången till vård för fattiga

Felt-Lisk et al (2007) utvärderade effekter av P4P i syfte till att förbättra tillgången till barnhälsovård finansierad genom Medicaid, ett delstatligt och federalt program för finansiering av vård till fattiga i USA. Data hämtades från ett samarbete mellan sju finansiärer i Kalifornien under åren 2003- 2005. Resultat före och efter införandet av bonus jämfördes mot nationella och delstatliga genomsnitt samt mot utvecklingen för två av de sju finansiärer som inte införde några nya ekonomiska incitament. De fem finansiärerna utformade bonusprogrammen på olika sätt. Det var därför möjligt att studera utvecklingen för de fem programmen sammantaget och var för sig. Sammanfattningsvis redovisade de fem finansiärerna sammantaget bättre utfall än kontrollgrupperna. För fyra av de fem finansiärerna skapade dock P4P-programmen inte någon större förbättring. Vid jämförelse mellan de minst respektive mest framgångsrika programmen fanns två skillnader. För det första hade man i de framgångsrika programmen analyserat utgångsläget och man erbjöd en extra ersättning som var tillräckligt stora för att uppmuntra till förändring. För det andra hade framgångsrika program på ett tydligare sätt kommunicerat programmens innebörd till de vårdgivare som berördes. Bland de

program som var mindre framgångrika var det fler vårdgivare som var frustrerade eftersom de saknade förståelse för programmen eller den information om de egna resultaten som finansiären tillhandahöll.

Coleman et al (2007) utvärderade effekter av ekonomiska incitament för att åstadkomma en bättre diabetesvård inom ett hälso- och sjukvårdsprogram riktat mot fattiga i Chicago. Programmet infördes 2004 och innebar att läkare i stället för fast lön fick en kombination av fast lön och bonus baserat på antalet besök och genomförda åtgärder, däribland \$5 för varje test av blodsockernivå (HbA1c) hos diabetiker. Syftet med programmet var att förbättra tillgången till vård och att fler patienter skulle omfattas av rekommenderat antal hälsokontroller och åtgärder. Efter analys av vården till 1 166 diabetespatienter som vårdats av 46 primärvårdsläkare år 2004 jämfört med 2003 drar författarna slutsatsen att programmet bidragit till en ökning av antalet patienter som testas två gånger per år i enlighet med nationella rekommendationer. Ökningen var 17 procent jämfört med 2,9 procents ökning baserat på nationella Medicaid data. Som konstateras av författarna innebär avsaknaden av kontrollgrupp och randomisering av patienter att resultaten är osäkra. Det ska också noteras att det inte fanns någon statistiskt säkerställd skillnad i antalet patienter som fick tester som följd av programmet. Programmet bidrog främst till att patienter som läkarna redan träffade fick rekommenderat antal tester, snarare än att ytterligare patienter som tidigare inte fick några tester alls inkluderades. Detta resultat är också logiskt då det var betydligt enklare för läkarna att nå bonusen genom att förbättra vården för de patienter man redan hade kontakt med jämfört med den högre alternativkostnaden av att försöka fånga in nya patienter. Förbättringen av antal patienter som fick kontroller i enlighet med rekommendationer hade inte heller någon effekt på antalet patienter vars blodsockernivå var under kontroll. Utvärderingen kunde således inte identifiera någon positiv effekt på behandlingsmålen för diabetesvården, trots en förbättrad utveckling sett till processmått.

Ytterligare studier av P4P inom Medicare

Ryan (2009) analyserade om det 3-åriga försöket med bonusprogram inom Medicare som inrättades av "Centers for Medicare

and Medicaid” (CMS) år 2003 hade någon effekt på mortalitet och kostnader för hjärtinfarkt, lunginflammation, hjärtsvikt respektive kranskärlskirurgi. Tidigare utvärderingar av detta program hade studerat effekter på i huvudsak processmått och då funnit en positiv effekt (se avsnitt om översikter och referens till Mehrotra et al 2009). Baserat på analys av data från knappt 7 miljoner patienter från åren 2001 till 2006 konstaterade Ryan att det inte fanns någon statistiskt säkerställd skillnad i vare sig mortalitet eller kostnader i jämförelse med utvecklingen för kontrollgrupper. För samtliga diagnoser och inom både interventions- respektive kontrollgrupper hade mortaliteten minskat. Det var även fallet för två diagnoser som inte var föremål för ekonomiska bonusar; stroke respektive magsår. Enligt Ryan ger detta visst stöd för att det inte heller förekom några undanträngningseffekter eller att positiva effekter inte spreds till andra områden än de som ingick i programmet.

Även om flertalet andra utvärderingar också visat på begränsade eller inga resultat av P4P menar Ryan att rätt utformade incitament, som i större utsträckning fokuserar resultatmått och där bonusen är tillräckligt stor för att motivera vårdgivare, kan ge de effekter som önskas. Ryan noterar även att Medicare i detta avseende kan utnyttja sin position och utforma olika program i skilda regioner som sedan kan jämföras mot varandra. Ett sådant kontrollerat införande skulle göra det möjligt att utveckla bättre kunskaper om vilken utformning av P4P som gav önskade effekter.

Utvecklingen av P4P hos ”early-adaptors”

Rosenthal et al (2007) analyserade utformning och erfarenheter av P4P-program bland ett urval finansiärer som tidigt anammade principerna. Vid en jämförelse av programmens utformning mellan år 2003 och 2006 och utifrån intervjuer med representanter från finansiärerna framkom flera intressanta resultat:

- 24 av 27 identifierade finansiärer tillämpade fortfarande P4P. De tre som hade avslutat programmen hade olika anledningar. En finansiär bedömde att den egna marknadsandelen var för begränsad för att programmet skulle få effekt. En annan finansiär hade inte längre något samarbete med den vårdgivare där man tillämpat programmet. För en tredje

finansiär hade en 3-årig pilotstudie avslutat och ett nytt program hade ännu inte införts.

- Läkare i primärvården var fortfarande den vanligaste mottagaren av målbaserad ersättning. Tillämpningar gentemot främst enskilda specialister men även hela sjukhus hade dock ökat. Bland specialister användes målbaserad ersättning främst för kardiologer och allmänkirurger. De största upplevda barriärerna för att utöka programmen mot specialister var att utveckla rätt indikatorer och att det var svårare att koppla ersättningen till enskilda specialistläkare eftersom vårdresultaten i större utsträckning förklarades av faktorer på organisatorisk nivå.
- I stort sett samtliga program hade ökat antalet indikatorer som var föremål för extra ersättning. En tredjedel av finansiärerna hade även tagit bort indikatorer som använts tidigare. Tre finansiärer hade helt slutat att använda indikatorer på patientnöjdhet baserat på patientenkäter. Förklaringar som angavs var att det fanns för lite variation mellan enheter eller att det var för dyrt att samla in data. För lite variation och genomgående hög kvalitet, dvs. liten förbättringspotential, var också argument bakom att man slutat använda andra indikatorer.
- De flesta indikatorer år 2006, liksom år 2003, återspeglade olika processmått. Användningen av resultatmått och indikatorer som återspeglade användning av IT och åtgärder som reducerade kostnader var dock vanligare år 2006 jämfört med år 2003. De resultatmått som användes avsåg i huvudsak intermediära resultat, vanligtvis behandlingsmål som kontroll av blodsocker (HbA1c), kolesterolnivåer respektive blodtryck hos diabetiker. För sjukhus användes ofta andel komplikationer och mortalitet som indikatorer. I huvudsak fokuserade måtten vård till kroniskt sjuka, inte minst diabetes och astma, samt preventiva insatser.
- I takt med att fler indikatorer används hade också mer pengar fördelats till programmen. Andelen P4P av den totala ersättningen var dock fortfarande blygsam och i storleksordningen 2-3 procent för enskilda läkare.
- År 2006 hade flera finansiärer börjat belöna för förändringar i den uppmätta kvaliteten i tillägg till belöningar kopplat till absolut måluppfyllelse. År 2003 användes enbart belöningar om vissa absoluta nivåer uppnåddes.

Formella utvärderingar av programmen var mycket sällsynta och de som genomförts saknade ofta kontrollgrupp alternativt att det inte fanns möjligt att separera effekten av målbaserad ersättning från andra förändringar i syfte att förbättra kvalitén. Baserat på de intervjuades egna bedömningar beräknade Rosenthal et al att P4P bidragit till förbättringar för sammanlagt 38 procent av de patienter som omfattades av de 27 programmen. För ytterligare 42 procent var resultaten blandade, medan ingen effekt alls uppstod för resterande 20 procent. Författarna kunde också notera att finansiärer med större marknadsandel och större program oftare uppgav en positiv effekt av sitt program. De flesta finansiärer hade inte noterat några icke-avsedda effekter, även om frågan inte hade utretts. Två respondenter uttryckte farhågor om att vårdgivare undvek vissa patienter, även om man inte hade några tydliga bevis för att så skett.

Trots bristen på evidens att programmen var effektiva hade samtliga 24 finansiärer ambitionen att fortsätta med P4P och 14 planerade att utöka programmen. Bland intervjuade fanns en allmän uppfattning att målbaserad ersättning ännu inte bidragit till tydliga förbättringar eftersom man inte funnit en den rätta utformningen. En annan uppfattning var att det trots allt var mer rättvist att betala mer för bättre kvalitet än att bara se till volymen vård. En tredje uppfattning var att P4P enbart var ett medel för att åstadkomma öppna jämförelser av kvalitet som kunde användas av både konsumenter och finansiärer. Det fanns olika syn på den långsiktiga utvecklingen. En grupp intervjuade menade att P4P skulle bli en permanent del av ersättningssystemet. En annan grupp ansåg att P4P efterhand skulle förlora sin betydelse när både konsumenter och finansiärer hade möjlighet att själva bedöma olika vårdgivares kvalitet.

Nio finansiärer pekade specifikt på betydelsen att involvera berörda läkare och sjukhus på ett tidigt plan i utvecklingen. En annan lärdom som ofta refererades till var att kliniska data som läkarna hade förtroende för användes och att det fanns fördelar med att använda nationellt accepterade indikatorer. Ytterligare lärdomar var vikten av att samarbeta med andra finansiärer för att öka betydelsen av programmen. Fem finansiärer menade att det främsta hotet mot programmen var att det saknades evidens på att de var lönsamma, dvs. att de pengar som satsades gav tillräcklig utdelning i form av förbättringar.

4.4 Studier med inriktning på utformningen av målbaserad ersättning

De huvudsakliga erfarenheterna från USA att P4P på sin höjd har haft en måttlig effekt på vårdens kvalitet har riktat fokus på hur den målbaserade ersättningen bör utformas och vilka förutsättningar som främjar en positiv effekt.

När det gäller förutsättningar som främjar en positiv effekt är det främst två problem som diskuteras. Det ena problemet har att göra med att finansieringen av hälso- och sjukvård i USA är splittrad på många aktörer. Det innebär att varje finansiärs program för P4P kan ha liten betydelse och effekt för den enskilda vårdgivaren. Därför finns förhoppningar om att målbaserad ersättning ska få större betydelse efterhand som fler finansiärer koordinerar sina program så att man styr åt samma håll. Det andra problemet har att göra med den grundläggande finansieringen av vårdgivare i amerikansk vård, som i huvudsak baseras på ersättning för volymen åtgärder ("fee-for-service"). Många hävdar att en förhållandevis marginell finansiering baserat på kvalitetsindikatorer får liten betydelse så länge den läggs ovanpå en struktur som i grunden betalar per åtgärd och volym vård. Som en representant för ett hälso- och sjukvårdsföretag drastiskt uttryckt det "it's like putting lip-stick on a pig". Lösningen är att utveckla även den grundläggande ersättningen mot andra alternativ, främst olika former av ersättning baserat på vårdepisoder eller registrerade individer. Med sådana fasta ersättningar antas effekten av en kompletterande målbaserad ersättning blir större, eftersom det inte längre blir möjligt att öka intäkterna genom att expandera den volym vård som produceras.

För svenskt vidkommande kan noteras att båda de viktiga förutsättningar som diskuteras inom amerikansk vård redan är uppfyllda. Det finns en finansiär i form av landstinget och den grundläggande ersättning som betalas ut är huvudsakligen fast. Enligt det resonemang som förs i USA ger det bra förutsättningar för att P4P ska få effekt. Liknande goda förutsättningar gäller för övrigt inom brittisk primärvård. De förhållandevis blygsamma effekterna av P4P även i brittisk primärvård visar dock att dessa förutsättningar måhända är nödvändiga, men ingalunda tillräckliga. Beroende på hur den målbaserade ersättningen utformas kan de goda förutsättningarna för att uppnå en positiv effekt utnyttjas mer eller mindre väl.

Flera studier från främst USA har studerat olika avgränsade frågeställningar om hur en målbaserad ersättning bör utformas. Det gäller inte minst belöningarnas storlek och närmare utformning, om mottagarna bör vara enskilda läkare eller enheter samt vilken typ av mål och mått som P4P bör omfatta.

4.4.1 Belöningarnas storlek och utformning

En intressant fråga är naturligtvis vilken nivå på ersättningen som krävs för att uppnå effekt. I den amerikanska debatten har hävdats att andelen målrelaterad ersättning hittills varit för liten och att detta är en viktig förklaring till de blygsamma effekterna. I de utvärderingar som publicerats finns dock inte någon större skillnad i effekten av P4P, trots att ersättningen varierat inom intervallet 2-9 procent av den totala ersättningen till läkare och enheter (Conrad & Perry 2009). Ingen av dessa utvärderingar har dock specifikt studerat om det finns ett samband mellan den ekonomiska belöningens storlek och uppmätt effekt. Konklusionen från Conrad & Perry är snarast att även i program med relativt stor finansiell bonus, upp till 9 procent av totala ersättningen, har man inte sett något tydlig effekt på kvalitén inom amerikansk vård. De brittiska erfarenheterna, där ersättningen utgör en ännu större del av mottagningarnas inkomster, bekräftar denna bild.

En studie av Brantes & D'Andrea (2009) studerade mera specifikt sambandet mellan de ekonomiska belöningarnas storlek och påverkan på läkares beteende. Genom analys av data från läkare i fyra olika amerikanska städer, som till olika grad påverkades av ett och samma program för målbaserad ersättning ("Bridges to Excellence"), kunde man visa att de allra flesta läkare hade lite att vinna på en medverkan. Man hade helt enkelt för få patienter som berördes av programmet. För några få läkare fanns möjligheter att erhålla större belöningar, beroende på att deras patienter i större utsträckning berördes av programmet. Det fanns också ett signifikant samband såtillvida att dessa läkare i större utsträckning medverkade i programmet. Man kunde dock inte hitta någon tydligt tröskelvärde där alla läkare antingen medverkade eller beslutade att avstå. Enligt författarna visar studien att ekonomiska incitament har betydelse för läkares agerande. En större andel bland de läkare som hade mer att vinna valde att medverka i programmet och rapportera in egna data om kvalitet. Studien utvärderade inte

om medverkan i programmet även hade effekter i form av en förbättrad vårdkvalitet. En rimlig gissning är att effekten var blygsam eftersom de som medverkade i större utsträckning redan hade bra kvalitet. En parallell kan dras till det brittiska systemet där de allra flesta primärvårdsenheter deltar och även lyckas uppnå maximal poängsumma. Själva deltagandet visar att programmet haft effekt på läkares beteende och att de ekonomiska incitamenten i grunden fungerar. Vilka effekter P4P haft på vårdens kvalitet är en annan och svårare fråga att besvara.

De flesta program för P4P ger i praktiken belöningar till de läkare och enheter som redan har en bra kvalitet. En följdfråga, som diskuterats flitigt i amerikansk vård, är hur man kan skapa motivation till förbättringar även bland de läkare och vårdenheter som har sämst kvalitet och där patienterna har mest att vinna på en förbättring. Beroende på om målen är relativa eller absoluta, vilka regler som gäller för utbetalning av bonus och vilken spridning i kvalitén som finns i utgångsläget så skapar man helt olika incitament till förbättringar för berörda läkare eller enheter. Exempel på olika möjliga utformningar och deras för- och nackdel baserat på en studie av Werner & Dudley (2009) redovisas i tabell 4.2.

Tabell 4.2 För- och nackdelar vid olika utformning av för ersättningen

Exempel på utformning	Fördelar	Nackdelar
"Relative rank", t.ex. bonus till de 10% bästa.	Incitament för de bästa att behålla nivån. Kostnadskontroll.	Begränsade incitament för vårdgivare som inte tillhör de bästa. De som redan har bra kvalitet får mest bonus, vilket åstadkommer liten effekt för patienterna som helhet.
"Relative rank with penalties", som ovan samt vite om man inte når grundmålen.	Som ovan samt incitament bland de sämsta att nå grundmålen.	Som ovan samt att viten för de sämsta kan reducera kvalitén ytterligare hos dessa.
"Target attainment", alla som når målen får bonus.	Absoluta mål gör att fler får incitament att försöka nå målen.	Begränsade incitament för vårdgivare som redan når målen eller som ligger långt ifrån målen. Ingen kostnadskontroll.
"Target attainment plus improvement", kombination av måluppfyllelse och förbättring	Som ovan samt incitament till förbättringar även bland dem som redan når målen eller ligger långt ifrån målen.	Ingen kostnadskontroll.
"Percentage recommended", alla får bonus efter prestation ("fee-for-a-necessary-service-done-right").	Incitament för alla att utföra rätt prestationer vid varje tillfälle.	Ingen kostnadskontroll.

Med stor spridning i kvalitén i utgångsläget så skapar en relativ målsättning (enbart de bästa belönas) i första hand incitament till de läkare eller enheter som redan har en bra kvalitet att upprätthålla sin nivå. De läkare eller enheter som redovisar ett dåligt resultat gör sannolikt den korrekta bedömningen att det skulle krävas alltför stora insatser för att man ska få del av bonusen. Med viten för de som redovisar sämst resultat får denna grupp åtminstone incitament att nå grundmålen. För flertalet läkare eller enheter med genomsnittlig kvalitet blir dock incitament att åstadkomma förbättringar fortsatt svaga, eftersom man sannolikt inte berörs av vare sig viten eller belöningar.

Om belöningarna i stället knyts till absoluta mål blir incitamenten tydligare. Bedömningen av varje vårdgivare kan nu ske utifrån de egna förutsättningarna för att nå målen. Det skapar ökad kontroll för vårdgivare och större sannolikhet för att egna uppföringar belönas. En viktig skillnad är dock att finansiären inte längre har full kostnadskontroll, vilket är fallet om relativa mål används. Problem med kostnadskontrollen gäller i ännu större utsträckning om läkare eller enheter får betalt för att utföra vissa åtgärder som antas leda till förbättrad kvalitet.

Som framgått av tidigare redovisning av praxis används viten som del i målbaserade ersättningssystem flitigare av svenska landsting än i brittisk primärvård. Även i amerikansk vård tycks morötter vanligare än piskor som del av P4P-program. Även om viten har en negativ klang finns teoretiska argument för att viten bör övervägas likaväl som belöningar inom ramen för målbaserade ersättningssystem. Psykologisk forskning har nämligen visat att hotet om en förlust i många fall ger starkare drivkrafter än motsvarande chans till belöning (Conrad & Perry 2009). I både Medicare i USA och för sjukhusvård i Storbritannien används nya ersättningsprinciper som innebär att ingen ersättning alls utgår för s.k. "never-events". Tillämpningen kan ses som ett specialfall av målbaserad ersättning där målet är att reducera undvikbara patientskador, dvs. tillstånd som i princip inte bör förekomma. Om dessa fall ändå uppstår bestraffas vårdgivare ekonomiskt genom att det aktuella vårdtillfället inte ersätts av finansiären. I USA beslutade Medicare att fr.o.m. 2008 upphöra med ersättning för åtta tillstånd som kan förebyggas av vården. Exempel är reoperation om man glömt något objekt i operationssåret, patientfall och olyckor som inträffar på sjukhuset och urinvägsinfektion som orsakas av kateter. En motsvarande princip baserat på åtta identifierade "never-events" har även införts i brittisk hälso- och sjukvård år 2009. Utvärderingar från USA har visat att den potentiellt uteblivna ersättningen förvisso uppgår till mycket små belopp (0,001 procent baserat på simulering med data från Kalifornien år 2006) och att de ekonomiska incitamenten att införa förbättringar därför är ganska små (McNair et al 2009). Som påtalats från Medicare har dock själva principen lett till att förekomsten av "never-events" fått mycket uppmärksamhet och att även andra insatser satts in för att lösa problemen (Straube & Blum 2009).

Enligt Werner & Dudley är det viktigt att utgå från syftet med P4P när typ av mål och former för utbetalningen beslutas. Är syftet att behålla en viss kvalitetsnivå, förbättra kvalitén bland de sämsta eller öka kvalitén generellt? För att kunna besvara denna fråga om syftet behöver man i sin tur kunskaper om utgångsläget. Det gäller inte minst kunskaper om spridningen i kvalitet bland berörda läkare eller enheter. Eftersom spridningen kan variera beroende på vilka av målen i ett P4P program som avses kan utformningen bli komplicerad. För vissa mål kan det vara lämpligt att ge ersättning till de allra bästa (relativt mål) medan det för andra mål är bättre med ersättning till alla som når målet alternativt viten om målen inte nås (absoluta mål). Det finns med samma utgångspunkt skäl att ändra på principerna efter hand som spridningen i kvalitet bland läkare eller enheter förändras.

Vid utformning av absoluta mål måste finansiären också besluta vilken målnivå som måste uppnås för att ersättning ska betalas ut. Om målnivån sätts mycket högt finns risk att få vårdgivare gör bedömningen att de är möjliga att nå, vilket innebär att man inte heller anstränger sig. Om målen är enkla att nå kan å andra sidan målen nås av flertalet vårdgivare utan att man behöver ändra på sitt agerande.

I generell litteratur om styrning återkommer ofta rekommendationen att mål ska vara svåra men möjliga att nå. Cromwell et al (2007) diskuterar hur en sådan nivå kan identifieras inom ramen för P4P program baserat på simuleringar givet olika utformning av incitamenten. En första rekommendation är att målen i större utsträckning knyts till resultatmått snarare än processmått. De senare är ofta enkla att nå och effekten på vårdens kvalitet är mera osäker. Belöningar bör också knytas till tydliga förbättringar över den nivå som gäller vid utgångsläget. Tillräckligt utmanande nivåer återfinns enligt Cromwell et al någonstans mellan de nivåer som gäller vid utgångsläget och det resultat som bedöms som idealt.

En ytterligare faktor som kan påverka vårdgivares incitament är hur ofta belöningarna betalas ut. I de allra flesta program i amerikansk vård har belöningarna betalats ut årligen i efterskott. Detta har angetts som en möjlig orsak till att effekterna blivit begränsade eller helt uteblivit. Enligt psykologisk forskning och s.k. "reinforcement theory" så är det enklare att förändra ett beteende om tiden mellan förändrat beteende och belöning är kort. Chung et al (2010) hade möjlighet att testa denna teori inom ramen

för ett P4P program hos en större läkarorganisation. Berörda läkare randomiserades till två grupper. Den ena fick möjlighet till årlig bonus beroende på utvecklingen för 15 kvalitetsindikatorer medan den andra i stället fick bonus utbetald per kvartal baserat på samma indikatorer. Baserat på data från ett år (2007) kunde man inte se någon skillnad mellan grupperna i utvecklingen av kvalitet eller i utbetald bonus. Den bonus som betalades ut till läkarna uppgick dock enbart till 1,4 procent av den totala ersättningen. Som författarna själva anger är det möjligt att denna nivå är för blygsam för att teorin om frekvens i utbetalningarna ska kunna testas. Båda läkargrupperna fick också tillgång till samma kvartalsrapporter om utvecklingen, eftersom det ansågs oetiskt att inte tillhandahålla denna information för den grupp av läkare som fick belöningen utbetald i slutet av året. Samtliga läkare hade alltså samma möjligheter att följa utvecklingen av kvalitet kvartalsvis, även om utvecklingen inte fick några finansiella konsekvenser för en av läkargrupperna förrän vid årsslutet.

4.4.2 Belöningar till enskilda läkare eller enheter?

Många av de P4P program som implementerats i USA fokuserar enskilda läkare snarare än enheter eller organisationer. Det gäller i synnerhet de program som införts i primärvården. Även det brittiska systemet med målbaserad ersättning är riktat mot en förstärkning av allmänläkares inkomster. Denna inriktning förklaras av traditioner i vårdens organisation och att i synnerhet läkare i öppen vård haft en mer fristående ställning än i svensk hälso- och sjukvård.

Allt annat lika bör målbaserade ersättning till enskilda individer ge starkare ekonomiska incitament att ändra på beteendet. Möjligheterna för enskilda aktörer att åka snålskjuts ("free-ride") på andras insatser minskar och sannolikheten för att en egen uppoffring ska leda till belöningar ökar. Å andra sidan finns problem med sådana lösningar om det i praktiken krävs åtgärder på organisatorisk nivå för att nå målen. Ett exempel är om lösningen på kvalitetsproblem kräver investeringar i gemensamma IT-lösningar. I praktiken kan det också vara svårt att separera resultaten av enskilda läkares insatser när flera aktörer är involverade i vårdprocessen. Det kan också förklara varför

målbaserad ersättning för specialiserad vård oftare riktas mot organisationen snarare än enskilda läkare.

Även frågan om vem som bör vara mottagare av en målbaserad ersättning bör enligt Hirth et al (2009) baseras på en analys av utgångsläget. Om det är lösningar på organisationsnivå som krävs för att åstadkomma bättre kvalitet är det också denna nivå som bör vara föremål för målbaserad ersättning. Om det räcker med åtgärder från enskilda läkare eller andra yrkesgrupper kan den målbaserade ersättningen belöna dessa aktörer direkt. Denna rekommendation komplicerar ytterligare utformningen av hela program. För varje mål bör enligt tidigare resonemang ersättningens utformning, typ av mål (relativt eller absolut) och målnivå bestämmas separat utifrån utgångsläget och de konkreta problem man vill lösa. Därtill bör i princip även mottagaren av ersättningen variera för varje mål, beroende på vilken typ av aktör (enskilda läkare, läkargrupper, vårdteam eller hela organisationer) som kan lösa problemen. I en situation då det krävs insatser från både enskilda läkare och organisationen för att nå målen kan det enligt Hirth et al också vara befogat att ge belöningar till båda. Ett alternativ är att man bedömer vilken aktör som har bäst förutsättningar att skapa förbättringar. Efter analys av vad som förklarade variationer i kostnader och kvalitet i dialysvården för 197 000 patienter i USA bedömer exempelvis Hirth et al att enhetsnivå är mest lämplig för målbaserad ersättning till denna vårdform.

4.4.3 Vilken typ av mål och indikatorer?

Om en målbaserad ersättning ska ha önskvärda effekter krävs naturligtvis att de indikatorer som används verkligen återspeglar de mål som identifierats, vilka i sin tur måste återkoppla till olika aspekter på kvalitet. Idealt sett bör indikatorer vara enkla att följa upp och vara bra på att diskriminera mellan vårdgivare med olika kvalitet. Om resultatmått används ska det vara möjligt att justera bedömningen utifrån vårdgivares mix av patienter så att inte läkare eller enheter som vårdar patienter som har större behov och/eller svårare att nå behandlingsmålen drabbas negativt. Ett alternativ är att man tillåter undantag från rapporteringen av data, som i brittisk primärvård. Om process- eller strukturmått används ska det finnas

ett tydligt samband med verklig patientnytta, exempelvis ökad livskvalitet, lägre mortalitet eller färre komplikationer.

Fokus i flertalet av de tidiga P4P program som införts i både USA, brittisk primärvård och i synnerhet Sverige har i praktiken legat på processmått. Det har föranlett en diskussion och även studier om huruvida processmåten återspeglar verklig kvalitet.

Ett argument bakom användningen av processmått är att dessa kan kontrolleras direkt av vårdgivare, till skillnad från verkliga utfall som även beror på andra faktorer som patientens initiala hälsa och möjligheter att tillgodogöra sig den behandling som ges. Om de processmått som används enbart har ett svagt samband med verkliga resultat så är nyttan med en målbaserad ersättning osäker. De resurser som krävs för att rapportera in data skulle kunna ha använts till åtgärder som gjort verklig nytta. En studie från Australien beräknade exempelvis att det tog 130 timmar att ta fram data från en primärvårdsenhet enligt de indikatorer som används inom brittisk primärvård (Elliot-Smith & Morgan 2010). Det finns också uppgifter om att de sjukhus som deltar i Medicare's P4P program i USA använder motsvarande 2,5 heltidstjänster för att ta rapportera data (Ryan et al 2009). Användning av processmått bör således alltid vila på ett evidensbaserat underlag om patientnyttan av att uppnå målen.

Bhattacharyya et al (2009) analyserade om det fanns något samband mellan de indikatorer som användes inom Medicare för målbaserad ersättning till höft- och knäledsplastiker och utfallsmått i form av mortalitet respektive komplikationer. Baserat på data från 260 sjukhus i 38 delstater kunde författarna först konstatera att rangordningen mellan sjukhus, vilket avgör vilka sjukhus som får extra ersättning, avgjordes av processmått. De få resultatmått som fanns med i programmet hade mindre betydelse. Flertalet sjukhus hade i praktiken samma rang eftersom man för flera av processmåten erhöll i stort sett maximalt möjliga bedömning. Det index som används för att vikta bedömningen av kvalitet för höft- och knäledsplastiker, som vägde tungt mot följsamhet till antibiotika rekommendationer, kunde därför inte diskriminera olika sjukhus särskilt väl.

Efter en indelning av sjukhusen i fyra kategorier analyserade Bhattacharyya et al även sambanden mellan kategorierna respektive mortalitet och komplikationer. Den första kategorin omfattade de 10 procent bästa sjukhusen och i den andra kategorin återfanns de 10-20 procent näst bästa sjukhusen. Dessa två kategorier

motsvarade de sjukhus som fick extra ersättning. Den tredje kategorin omfattade de 20-50 procent bästa sjukhusen och den fjärde kategorin, slutligen, definierades som de 50 procent av sjukhusen som var sämst. Varken mortalitet eller komplikationer hade något samband med indelningen i de första tre kategorierna. Däremot fanns en tendens till att sjukhus med större volym ingrepp hade bättre resultat. Det fanns också en trend mot högre mortalitet i den fjärde kategorin. Samtliga av de få sjukhus som hade en mortalitet över 2,0 procent återfanns också i kategori tre och fyra.

Författarnas egna slutsatser är att de mått som används för målbaserad ersättning inom knä- och höftledsplastik bör utvecklas mot fler resultatmått. Det index av olika processmått som används inom Medicares program anses för snävt och har alltför stort fokus på mål som många sjukhus redan når. Det går därför inte att använda måttet för att belöna de sjukhus som har hög kvalitet. Däremot tycks måttet kunna användas för att identifiera de sjukhus som har sämst kvalitet.

Även Ryan et al (2009) analyserar data från P4P inom Medicare i syfte att utreda om det fanns ett samband mellan de processmått som användes för att belöna god vård och verkligt resultat. De diagnoser som studerades var hjärtinfarkt, hjärtsvikt och lunginflammation. Författarna refererar till flera tidigare studier som visat att det finns ett samband mellan de processmått som används för P4P inom Medicare och 30-dagars mortalitet för de utvalda diagnoserna. Samtidigt menar man att dessa studier kan kritiserar eftersom de inte beaktat förekomsten av variabler som inte tas med i analysen. Sådana variabler kan exempelvis avse processmått som inte ingår i den målbaserade ersättningen men även vårdgivarnas intresse för kvalitetsfrågor i stort. Eftersom det sannolikt finns ett samband mellan utfallet på de processmått som faktiskt följs upp och de mått som inte följs upp, liksom mellan processmått och andra variabler av betydelse för vårdens kvalitet, är det viktigt att inkludera s.k. icke-observerbara variabler i analysen. I författarnas egen analys, baserat på data från åren 2004-2006, konstateras att det finns en samvariation mellan processmått som används inom Medicare för diagnoserna hjärtinfarkt, hjärtsvikt och lunginflammation och 30-dagars mortalitet för samma diagnoser. Sambandet är dock inte kausalt. De processmått som används kan snarast betraktas som indikatorer på andra variabler, vilket skulle kunna ha att göra med läkares

skicklighet eller sjukhusets intresse för att driva kvalitetsfrågor. Det finns därför skäl, menar författarna, att ifrågasätta om processmått som används inom Medicare kan användas för att bedöma verklig kvalitetsutveckling. En förbättring av processmått behöver inte återspegla bättre kvalitet utan kan återspegla bättre rapportering eller att sjukhus exkluderar fler patienter från sitt inrapporterade underlag. Ryan et al menar att en målbaserad ersättning måste ge incitament till att verkliga förbättringar för patienterna, och inte enbart ge incitament för vårdgivare att vara följsam mot krav på processer och bocka av de åtgärder som genomförs.

Flera studier har intresserat sig för att analysera betydelsen av osäkerhet i de skattningar av kvalitet som görs i P4P program. Om osäkerheten i en skattning av en viss vårdgivares kvalitetspoäng är stor finns risk för två typer av fel. För det första ökar risken för att vårdgivare belönas fastän deras verkliga kvalitet är sämre än vad skattningarna visar. För det andra finns risk för att vårdgivare som har bra verklig kvalitet inte får någon belöning eftersom den skattade kvalitén (felaktigt) visar på ett sämre utfall.

Det finns flera faktorer som påverkar graden av osäkerhet. Mera generellt kan sägas att resultatmått rymmer större mått av osäkerhet än processmått eftersom de påverkas av flera olika faktorer. Processmått är som tidigare nämnts i högre grad kontrollerbara sett utifrån vårdgivares perspektiv. Har man utfört kontroll av HbA1c på en patient så har man (processmått). En sådan åtgärd leder dock inte med säkerhet till att behandlingsmålen avseende kontroll av HbA1c nås (intermediärt resultatmått). Om ersättningen kopplas behandlingsmålen ställs därför krav på någon form av hänsyn till vårdgivares olika mix av patienter. I annat fall kommer vårdgivare som behandlar patienter som har dåliga förutsättningar för att nå behandlingsmålen att bestraffas på felaktiga grunder (Petersen et al 2009).

En annan faktor som påverkar osäkerheten i skattningar av resultatmått är antalet patienter som ligger till grund för bedömningen. Med ett stort patientunderlag blir osäkerheten i skattningen mindre än om skattningen avser vårdgivare som tar emot ett fåtal patienter. Davidson et al (2007) analyserade sambandet mellan sjukhusets storlek, osäkerhet och utfall enligt det målbaserade ersättningsprogram som tillämpas inom Medicare för diagnoserna hjärtinfarkt, hjärtsvikt och lunginflammation. Hypotesen var att rankingen av små sjukhus var mera osäker

eftersom de små sjukhusen hade större årliga variationer i antalet patienter. Författarna konstaterade liksom tidigare studier att det fanns en klustereffekt i rangordningen av sjukhus. Många sjukhus hade ungefär samma goda resultat för de processmått som programmet i huvudsak var uppbyggt av. Man kunde också påvisa att rankingen för sjukhus som tog emot få patienter inom respektive diagnos blev mycket osäker. Bland de sjukhus som tog emot fler än 100 patienter inom respektive diagnos reducerades dock osäkerheten i takt med att volymen patienter ökade. Sett till de sjukhus som bedömts som de 20 procent bästa i det målbaserade programmet (och som alltså fått bonus) beräknades att ungefär 50 procent hade minst 95-procentig sannolikhet att faktiskt tillhöra denna grupp. Sannolikheten för det sist rankade sjukhuset att tillhöra gruppen var 43 procent för lunginflammation respektive hjärtinfarkt och 55 procent för hjärtsvikt.

Davidson et al anger flera alternativ för att öka säkerheten i bedömningen. Ett alternativ är att använda absoluta mål för målbaserad ersättning snarare än ett relativt mål i form av en rangordning av sjukhusen i kategorier där enbart de bästa belönas. Andra alternativ är att använda data från mer än ett år när belöningar fastställs, alternativt att resultaten för mindre sjukhus räknas samman så att volymen patienter ökar.

Frågan om patientvolymens betydelse för att med säkerhet uttala sig om resultatets kvalitet har också undersökts för primärvård. Rent principiellt bör frågan vara av större betydelse i detta sammanhang eftersom patientunderlaget för olika diagnoser i regel är mindre än för sjukhus. Robinson et al (2009) visade exempelvis med data från läkargrupper med ansvar för vård till 5 miljoner människor i Kalifornien att många läkargrupper saknade det underlag på minst 30 patienter per år som bedömdes rimligt för att bedöma resultaten inom viss diagnos. För enskilda läkare fanns knappast någon diagnos som genererade tillräckligt många patienter per år för att skapa en valid bedömning av resultat som kan användas i målbaserad ersättning. På gruppnivå varierade antalet listade stort; från 100 till 350 000 individer med en median på 13 500 listade. För vanliga diagnoser av stor betydelse för primärvården som diabetes och högt blodtryck hade minst 85 procent av läkargrupperna minst 30 patienter per år. För astma var motsvarande andel 78 procent. Även stora läkargrupper hade dock en liten patientvolym i de allra flesta diagnoser, vilket försvårar en statistiskt säkerställd jämförelse av resultat.

För primärvården finns även mer generell kritik av målbaserade ersättning såtillvida att de mål och indikatorer som används i både Storbritannien och USA baseras på vertikala vårdprogram utifrån enskilda diagnoser. Heath et al (2009) menar att detta synsätt inte tar hänsyn till primärvårdens viktiga uppgift att integrera vården horisontellt. För patienter med flera diagnoser kan summan av en följsamhet till alla förslag på insatser sett i det vertikala sjukdomsperspektivet leda till en sämre situation. En viktig uppgift för primärvården är att integrera vården för dessa patienter och göra den möjlig och meningsfull sett till patientens egen situation och kapacitet att tillgodogöra sig behandlingar. De värden som man skapar genom en sådan integration är svårare att mäta och måste bl.a. ha som utgångspunkt resultaten som de bedöms av patienterna själva. Ett målbaserat ersättningsprogram som enbart fokuserar vertikal kvalitet kopplat till diagnoser kan också skapa undanträngningseffekter menar Heath et al. Om agendan i varje kontakt med patienterna bestäms av ett protokoll som anger vilka frågor som ska tas upp och vilka åtgärder som ska ges finns risk att patientens verkliga problem marginaliseras. Författarna menar att framtida försök att mäta kvalitet i primärvården måste beakta verksamhetens komplexitet på ett bättre sätt och ta med viktiga funktioner som handlar om att integrera vården utifrån individers behov. Kvalitet i primärvården kan inte heller enbart mätas på individuell patientnivå utan måste kompletteras med mått på systemnivån, menar man.

Tidigare i detta avsnitt har diskuterats att det kan finnas behov av att ändra på utformningen av målbaserad ersättning i takt med att skillnader i kvalitet mellan vårdgivare utjämnas. Som diskuteras av Reeves et al (2010) finns också skäl att regelbundet bedöma om mål och indikatorer helt ska lyftas ut ur programmet och på vilka grunder detta ska ske. Utgångspunkten för författarnas diskussion är utvecklingen av P4P i brittisk primärvård. År 2010 omfattar programmet 134 indikatorer men åtta av dessa ska plockas bort inför år 2011. De åtta indikatorerna avser i samtliga fall processmått, exempelvis mätning av blodtryck och kolesterolnivå hos patienter med diabetes, där de flesta enheter redan nått målen och där undantagsrapporteringen är mycket liten. Även efter år 2011 kommer P4P i brittisk primärvård emellertid att belöna de mottagningar som faktiskt lyckas kontrollera blodtrycket hos diabetespatienter. För detta intermediära resultatmål finns fortfarande stor potential till förbättringar. Endast 10 procent av

mottagningarna lyckas nå behandlingsmålet för minst 90 procent av patienterna med låg grad av undantagsrapportering.

Reeves et al menar att beslut om exkludering av mått och indikatorer i första hand bör ske utifrån statistisk analys. Utifrån författarnas rekommendationer kan flera kriterier och frågeställningar som grund för sådan analys identifieras (se tabell 4.3). Även om Reeves et al inte själva gör någon sådan kommentar bör samma referensram även kunna användas för beslut om inklusion av nya mål utifrån analys av utgångsläget.

Tabell 4.3 Kriterier och frågeställningar vid beslut om exklusion av mål från program för målbaserad ersättning, efter Reeves et al (2010)

Kriterium	Frågeställning vid analys
Genomsnittlig kvalitet hos vårdgivare jämfört med målsättning.	Har de flesta nått målet?
Utvecklingen bland vårdgivare under senare tid.	Finns det fortfarande vårdgivare som utvecklar sin kvalitet?
Grad och utveckling avseende variation mellan vårdgivare.	Finns det variationer som tyder på att kvaliteten fortfarande kan utvecklas hos några vårdgivare?
Nivå och trender avseende undantagsrapportering.	Tyder undantag av patienter från rapportering av data på att det fortfarande finns kvalitetsproblem hos vissa patientgrupper?
Grad och utveckling avseende variation i undantagsrapportering.	Tyder undantag av patienter på att det fortfarande finns kvalitetsproblem hos vissa vårdgivare?

Sammanfattningsvis finns anledning att ompröva mått och indikatorer när:

- målen är uppnådda
- om det inte finns någon tendens till ytterligare förbättring
- om variationen mellan vårdgivare i kvalitet är låg
- om undantagsrapporteringen är låg
- om variationen i undantagsrapportering mellan vårdgivare är låg.

En statistisk analys enligt ovan är förmodligen inte tillräcklig enligt Reeves et al. Det finns också anledning att grunda besluten på en bredare bedömning som tar hänsyn till andra faktorer. Det kan exempelvis finnas skäl att försöka upprätthålla en balans mellan olika typer av mål och indikatorer. Patientföreningar och även enskilda yrkesgrupper kan också uppfatta exklusion av viss indikator som en negativ signal att deras patienter eller kunskaper prioriterats ned. En ytterligare och mycket viktig faktor som naturligtvis bör påverka beslut om mål och mått är nya kunskaper om exempelvis sambanden mellan processmått och verkligt resultat.

En viktig fråga är naturligtvis vad som händer med kvalitén när en viss indikator tas bort från målbaserade ersättningsprogram. För att minska risken för en negativ utveckling kan det finnas anledning att gradvis minska betydelsen av indikatorn. Ett alternativ om det är processmått som tas bort är att behålla eller införa resultatmått som återspeglar samma målområde. Oavsett vilket alternativ som används finns anledning att följa utvecklingen även för de indikatorer som exkluderats ur ett målbaserat program.

4.5 Sammanfattning

Redovisningen av erfarenheter från andra länder baseras på en egen litteratursökning i fyra databaser. De allra flesta studier om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården som påträffades i sökningen kommer från USA eller Storbritannien. Intresset för principerna är dock stort även i flertalet andra länder.

I USA är utformningen av målbaserad ersättning ganska lik den i svensk hälso- och sjukvård såtillvida att andelen målbaserad ersättning är liten och att förhållandevis få mål används i programmen. I övrigt finns dock mycket stora skillnader i förutsättningarna. Amerikansk vård ersätts fortfarande i huvudsak efter volymen åtgärder och det finns många konkurrerande finansiärer som kan marginalisera betydelsen av ett enskilt program för målbaserad ersättning. Dessutom går den målbaserade ersättningen ofta till enskilda läkare eller läkargrupper. Dessa skillnader försvårar ett direkt överförande av resultat från olika studier om effekterna av målbaserad ersättning. Primärvården i Storbritannien uppvisar större likheter med svensk hälso- och sjukvård. Det finns bara en finansiär och den huvudsakliga

ersättningen är ett fast belopp per listad individ. Det skulle tyda på att erfarenheterna därifrån har större relevans för svenska förhållanden. Utformningen av målbaserad ersättning i brittisk primärvård är dock olik utformningen i Sverige. Andelen målbaserad ersättning är mycket stor och baseras på över 130 indikatorer i 2010 års version.

Trots skillnader i utformning av program och i förutsättningarna är erfarenheterna av målbaserad ersättning i USA och Storbritannien på en övergripande nivå ganska samstämmiga. Hittills finns lite stöd för att ersättningen haft någon större effekt på verksamhetens kvalitet och för patientnyttan. I USA kan det bero på att ersättningen haft liten betydelse. Frånvaron av tydliga positiva effekter i brittisk primärvård beror snarare på att målen initialt inte var så svåra att nå.

Frånvaro av tydligt positiva effekter innebär inte att målbaserad ersättning saknat betydelse. En närmare granskning av olika studier visar att målbaserad ersättning i många sammanhang haft betydelse för hur vården bedrivs och dokumenteras. Detta har tydligast visats för brittisk primärvård. Diabetesvården har förbättrats om den bedöms utifrån existerande riktlinjer för kontroll av diabetespatienter. Det har främst åstadkommit genom en satsning på särskilda diabetesmottagningar som leds av sjuksköterskor. Betydelsen av dessa förändringar i form av ökad patientnytta är dock osäker eftersom detta inte explicit studerats. Det är också osäkert vilken betydelse andra parallella insatser för att förbättra diabetesvården har haft. Eftersom i stort sett alla mottagningar medverkar i programmet finns inga enheter att jämföra med som kan fungera som kontrollgrupp. Även från USA finns exempel på att målbaserad ersättning faktiskt har haft effekt. Effekterna är inte alltid de förväntade. I åtminstone några fall finns indikationer på att patienter för vilka det är svårt att nå de uppsatta målen väljs bort. Få studier har försökt belysa sambanden mellan målbaserad ersättning och verklig patientnytta i form av exempelvis effekter på mortalitet och antal komplikationer. En förklaring är att den målbaserade ersättningen i huvudsak fokuserat olika processmått utifrån antagandet att resultaten blir bättre om processmålen nås. Uppföljningstiden i de allra flesta studier är också förhållandevis kort, vilket gör det svårare att mäta effekter i form av verklig patientnytta.

Frånvaron av tydliga effekter har inneburit att många senare studier fokuserat hur målbaserad ersättning bör utformas. En

återkommande rekommendation i denna litteratur är att ersättningen måste utformas så att den berör de vårdgivare man vill påverka. Sett till praxis har en stor del av den målbaserade ersättningen gått till vårdgivare som redan har bra kvalitet, snarare än att man lyckats motivera vårdgivare där patienterna har mest att vinna på en förbättring. En sådan utformning förutsätter kunskaper om utgångsläget och hur kvalitén mellan vårdgivare varierar. En annan återkommande rekommendation är att målbaserade ersättningsprogram i högre grad bör baseras på resultatmål. Flera författare menar att resultatmål ger incitament till verkliga förbättringar för patienterna. Krav på följsamhet mot olika åtgärder genom processmål blir i praktiken ofta missriktade.

5 Lärdomar inför fortsatt utveckling av målbaserad ersättning i svensk hälso- och sjukvård

I rapportens sista kapitel summeras förhoppningar och farhågor respektive praktiska erfarenheter av målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården utifrån det material som presenterats i tidigare kapitel. Med denna utgångspunkt diskuteras sedan lärdomar inför den fortsatta utvecklingen av målbaserad ersättning i svensk hälso- och sjukvård.

5.1 Förhoppningar och farhågor

Målbaserad ersättning utgår ifrån att beteendet hos vårdgivare kan påverkas av ekonomiska incitament. Om den förväntade monetära belöningen vid måluppfyllelse är tillräcklig antas att man kan få vårdgivare att göra uppoffringar som annars inte skulle gjorts. Det kan handla om att genomföra olika preventiva insatser eller att anstränga sig extra för att nå behandlingsmålen för en bestämd patientgrupp. Det kan också handla om att avstå från en handling, exempelvis onödig antibiotikaförskrivning, som kanske leder till krav på uppoffring i form av mer tid för att förklara för patienten varför antibiotika inte behövs.

Som visats i tidigare kapitel finns en mängd möjliga mål att knyta den extra ersättningen till. Det skapar förhoppningar eftersom den målbaserade ersättningen kan utformas på många olika sätt och riktas mot specifika problemområden. Ett annat uttryck för flexibiliteten är att målbaserad ersättning kan användas både på övergripande politisk nivå, t.ex. vid fördelning av statsbidrag till landstingen, och på terapeutisk nivå, t.ex. för ersättning till vårdenheter i primärvården. Målbaserad ersättning på

terapeutisk nivå passar väl in i aktuella trender att försöka styra och påverka vården efter evidens och kunskap. Tidigare erfarenheter från bl.a. SBU:s verksamhet har visat att information sällan är tillräckligt för att sluta gapet mellan kunskap och praxis. Kan ekonomiska incitament som belönar de enheter som "gör rätt" i så fall påverka praxis? Bland politiker finns på samma sätt ett ganska utbredd missnöje med att hälso- och sjukvården inte alltid följer de beslut som fattas (Paulsson 2009). Kan en målbaserad ersättning på övergripande systemnivå förbättra politikernas möjligheter att påverka verksamhetens utveckling?

Målbaserad ersättning kan således utformas så att det passar många intressenter och sammanhang. Målbaserad ersättning kan bli en del av utvecklingen mot en evidensbaserad vård, men den kan samtidigt ge uttryck för politiska prioriteringar som inte har så mycket med evidensbaserad kunskap att göra. Flexibiliteten förklarar också det stora intresset. Möjligheten att tolka och utforma den målbaserade ersättningen på en mängd olika sätt innebär sannolikt att styrinstrumentet kommer att få en fortsatt stor spridning, både nationellt och internationellt. Samtidigt kommer det även fortsättningsvis att vara svårt att formulera några bestämda slutsatser om effekterna, eftersom målbaserad ersättning kan användas på så många olika sätt. En parallell kan dras till liknande styrmodeller som ger användare stort tolkningsutrymme, exempelvis öppna jämförelser av verksamheten eller s.k. balanserade styrkort där verksamheter följs upp utifrån ett knippe olika mål.

Flexibiliteten skapar inte bara möjligheter utan även farhågor. På systemnivå kan målbaserad ersättning komma att förknippas med viss politisk ideologi om styrinstrumentet ensidigt fokuserar på ett visst mål, t.ex. förbättrad tillgänglighet. Det kan bli svårt att skilja själva styrinstrumentet, som i sig är neutralt avseende olika mål, från de specifika mål som lyfts fram. Även på terapeutisk nivå kan det uppstå oenighet om vilka mål som är viktigast. Vilken tyngd ska exempelvis kliniska mått ha i förhållande till mått som mäter verklig nytta och livskvalitet för patienterna? En angränsande fråga är om ett sjukdomsperspektiv ska tillämpas eller ett individperspektiv? I det förra fallet är det relevant att ta fram olika mål för exempelvis diabetes- respektive hjärtsviktspatienter. I det senare fallet är det mera relevant att ta fram generella mål som mäter livskvalitet hos patienter som kan ha både diabetes och

hjärtsvikt. Och vilken evidens finns egentligen bakom de mål som formulerats?

Även om man lyckas formulera en målbaserad ersättning som återspeglar verkliga problem, snarare än politisk ideologi eller kompromisser mellan professioner, finns farhågor kring effekterna. En risk är naturligtvis att det inte blir några effekter. Det kan bero på att belöningarna är otillräckliga i förhållande till de uppoffringar som krävs av verksamheten. Det kan också vara så att de som berörs försöker hitta genvägar för att få del av den målbaserade ersättningen, exempelvis genom att ändra på och/eller förbättra dokumentationen av patienterna. Den målbaserade ersättningen kan då nås genom att den dokumenterade kvalitén förbättras, snarare än den verkliga. En annan förklaring till att en målbaserad ersättning inte ger någon effekt kan vara att den särskilda ersättningen står i konflikt med andra incitament. Det kan vara andra ekonomiska incitament eller helt andra motiv som exempelvis har att göra med professionella normer.

”Andra ekonomiska incitament” avser inte minst hur den övriga ersättningens ser ut. Som framgått av tidigare kapitel är den målbaserade ersättningen vanligtvis bara en mindre del av verksamhetens totala ersättning. En liten målbaserad ersättning som främjar en preventiv insats som på sikt leder till att verksamheten får mer att göra kan då ha begränsad effekt om den huvudsakliga ersättningsprincipen är fast. Ett exempel är målbaserad ersättning till primärvården utifrån andelen individer 50+ som screenats för kolorektal cancer. Om den extra ersättningen är liten och ersättningen i övrigt är ett fast belopp per registrerad individ kommer sannolikt inte merkostnaden för att utreda de fall som upptäcks i screeningen att täckas. De ekonomiska incitamenten blir då att inte screena, trots den särskilda målbaserade ersättningen. Om primärvårdsenheter i stället ersätts per besök ändras de ekonomiska incitamenten. Enheter har nu starka ekonomiska skäl att följa den målbaserade ersättningen och screena, eftersom detta ger fler besök och högre ersättning även enligt den grundläggande ersättningen.

”Andra ekonomiska incitament” kan även avse effekter till följd av konkurrens mellan enheter. Det är t.ex. inte säkert att en målbaserad ersättning som belönar en rimlig antibiotikaanvändning ger avsedd effekt. En primärvårdsenhet kan göra bedömningen att den ekonomiska förlusten blir större om en patient väljer att lista sig hos någon annan vårdenheter därför att man inte får det recept på

antibiotika som man förväntar sig. Hellre avstå från den lilla målbaserade ersättningen än att mista hela vårdpengen för patienten. En annan fråga som har betydelse är vem som får den extra ersättningen. Effekten av en målbaserad ersättning till enheten kan vara osäker om graden av måluppfyllelse beror på hur enskilda individer inom enheten agerar. Varför ska en läkare med fast lön ändra sitt beteende och göra uppoffringar om den extra ersättningen går till enheten, som i sin tur kanske måste dela med sig av eventuella överskott till andra enheter som går med förlust? På samma sätt är det inte säkert att en extra belöning till enskilda läkare ger någon effekt om de insatser som krävs för att nå målen kräver beslut på övergripande nivå, exempelvis i form av gemensamma investeringar i IT.

För att målbaserad ersättning ska ha avsedd effekt måste således nettoeffekten av de ekonomiska incitamenten beaktas. Ersättningen måste också riktas mot den beslutsnivå som kan åstadkomma förändring i syfte att nå målen. Även om dessa förutsättningar är uppfyllda är det dock inte givet att någon effekt uppstår. Om den målbaserade ersättningen strider mot professionella normer uppstår en konkurrenssituation mellan inre och yttre drivkrafter med osäkert utfall. En målbaserad ersättning kan på så sätt även ha icke-avsedda konsekvenser genom att de externt genererade incitamenten konkurrerar ut andra viktiga drivkrafter. De mål som inte lyfts fram kan komma att prioriteras ned. En sådan omprioritering mellan mål kan förvisso beskrivas som syftet med en målbaserad ersättning. I annat fall skulle det inte finnas någon anledning till att lyfta fram vissa mål och koppla en extra ersättning till dessa. Men omprioriteringen kan gå för långt vilket i litteraturen diskuteras i termer av undanträngning.

Som noterats av svenska forskare är undanträngning i samband med målbaserad ersättning egentligen något önskvärt. Syftet är att vissa mål och problem ska få större uppmärksamhet än vad de har i utgångsläget. Det som trängs undan bör dock vara sådana insatser och aktiviteter som har mycket litet eller inget värde för patienterna. Om undanträngningen i stället uppkommer för andra viktiga mål eller patientgrupper, t.ex. patienter med komplexa vårdbehov där det är svårt att nå behandlingsmålen, kan effekten bli en sämre vård totalt sett, trots att målen i den särskilda ersättningen uppnås.

5.2 Erfarenheter i praktiken

De erfarenheter av målbaserad ersättning som redovisats från brittisk primärvård och hälso- och sjukvården i USA måste tolkas med utgångspunkt från skillnader jämfört med förutsättningarna för målbaserad ersättning i svensk hälso- och sjukvård.

Brittisk primärvård drivs i huvudsak efter samma principer som primärvården i Sverige såtillvida att det bara finns en finansiär. Ersättningen till vårdgivare i båda länderna baseras dessutom i huvudsak på ett fast belopp för varje registrerad individ. Det skulle tala för att erfarenheterna i brittisk primärvård är relevanta för svenskt vidkommande. Det finns dock även viktiga skillnader mellan länderna. Till skillnad från i Sverige är finansieringen inom brittiska NHS nationell. Den målbaserade ersättningen är därför gemensam för exempelvis alla mottagningar i England. Det skapar bättre förutsättningar att dela på de administrativa kostnaderna. Å andra sidan finns inte samma möjligheter att utforma mål och målnivåer efter lokala problem och förutsättningar som i Sverige med sina 21 självstyrande landsting. En annan skillnad är att primärvården i Storbritannien i huvudsak drivs i privat regi och med ersättning till allmänläkare snarare än till mottagningar. Även om de flesta brittiska allmänläkare är verksamma i större enheter med flera olika yrkesutövare är de ekonomiska incitamenten förmodligen starkare än för svenska vårdcentraler i offentlig regi. För svenska vårdcentraler i offentlig regi är det alltid landstinget som äger eventuella över- och underskott. Det finns tydligare begränsningar i hur ersättningen kan användas. I brittisk primärvård har den målbaserade ersättningen i huvudsak gått till en förstärkning av allmänläkarnas inkomster.

En annan skillnad mot svensk primärvård gäller utformningen av målbaserad ersättning. Som framgått av redovisningen är den målbaserade ersättningen i brittisk primärvård betydande, upp mot 30 procent av intäkterna, och baseras på drygt 130 indikatorer i 2010-års version. Utformningen av målbaserad ersättning i svensk hälso- och sjukvård är på så sätt mer lik den utformning som återfinns bland vårdgivare i USA. I svensk primärvård uppgår den målbaserade ersättningen till 2-3 procent av den totala ersättningen fördelat på som mest ett 15-tal mål. Det motsvarar de principer som använts på många håll i USA. Med denna utgångspunkt borde erfarenheterna från USA vara relevanta för svenskt vidkommande. De institutionella förutsättningarna för vården i USA skiljer sig

dock kraftigt från motsvarande i Sverige. Det finns flera finansiärer och ett enskilt målbaserat program kan ha marginell betydelse sett ur vårdgivares perspektiv.

I ett svenskt perspektiv hade det varit optimalt att få ta del av erfarenheter som baseras på den amerikanska utformningen av målbaserad ersättning (lite pengar och få mål) och den brittiska kontexten (en finansiär och i huvudsak fast ersättning till vårdgivare). I avsaknad av sådan kunskap får vi hålla till godo med de erfarenheter som faktiskt finns. Trots helt skilda utformningar och olika förutsättningar är det intressant att notera att erfarenheterna från Storbritannien och USA är ganska lika. Hittills har den målbaserade ersättningen så vitt man har kunnat bedöma gett förhållandevis blygsamma kvalitetsvinster. I båda länderna har det i många studier varit svårt att särskilja effekterna av målbaserad ersättning från andra parallella förändringar. Det gäller särskilt i USA där målbaserad ersättning i många fall införts parallellt med öppna jämförelser av enheters resultat.

I Storbritannien har nästan alla mottagningar fått del av den målbaserade ersättningen. Det är på sätt och vis en tydlig indikation på att vårdgivarna påverkats av de nya ekonomiska incitamenten. Mycket tyder dock på att man har lyckats nå målen genom förbättrad dokumentation i första hand och att de målnivåer som formulerats har varit enkla att nå. Det finns viss evidens för att vården till patienter med kronisk sjukdom förbättrats, främst i form av kontroller för diabetespatienter. Även om vården förändrats mot en bättre följsamhet till riktlinjerna är vinsterna för patienterna osäkra. De intervjustudier som gjorts tyder på att verksamheten har förändrats. För att tillgodose den målbaserade ersättningens krav på dokumentation av åtgärder och kontroller har agendan under patientbesök förskjutits mot ett protokoll som styrs av det målbaserade programmet snarare än patientens egen situation. Sjuksköterskor har tagit över en del av de uppgifter som tidigare sköttes av läkare. Dessa effekter av målbaserad ersättning på verksamheten har i sin tur väckt nya frågor om långsiktiga konsekvenser för relationen mellan patienter och läkare. Det har också visat sig vara svårt att separera effekten av målbaserad ersättning från andra parallella åtgärder för att stärka exempelvis diabetesvården. Eftersom i stort sett alla enheter inom brittisk primärvård medverkar finns ingen kontrollgrupp att jämföra mot. Även om det målbaserade programmet bidragit till förbättringar tyder det mesta på att NHS fått ganska lite för de nya

pengar som investerats i primärvården. Man ska dock komma ihåg att en viktig bakgrund till programmet var ett upplevt behov av en generell förstärkning av primärvårdens resurser. I stället för att förstärka den fasta ersättningen per registrerad individ valde man att koppla den extra ersättningen till kvalitetsmål.

I USA är erfarenheterna av målbaserad ersättning mer svårtolkade, vilket hänger samman med att principerna använts i så många olika sammanhang. De övergripande erfarenheterna är att effekterna är blygsamma, i den utsträckning de alls uppstått. I många program förefaller också frånvaron av tydliga effekter som helt logisk eftersom den målbaserade ersättningen endast berört ett fåtal av vårdgivares patienter. I åtminstone några fall tycks många vårdgivare inte ens ha haft kunskaper om programmens innebörd. I andra fall finns viss evidens om att verksamheten utvecklats positivt, men lite stöd för att man skapat särskilt mycket värde för patienterna. Trots bristen på tydliga effekter utvecklas programmen vidare. I likhet med utvecklingen inom brittisk primärvård får resultatmått successivt en större tyngd, på bekostnad av mängden processmått. Utvecklingen i USA har också väckt andra frågor. Flera av vårdens finansiärer anser att deras program om målbaserad ersättning behöver koordineras för att de ska få effekt på verksamheten. Många finansiärer anser även 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.

De dokumenterade erfarenheterna av målbaserad ersättning i svensk hälso- och sjukvård är mycket blygsamma. Den enda egentliga utvärderingen har genomförts i Östergötlands läns landsting av målbaserad ersättning i primärvården. Studien visade att målbaserad ersättning kan ha effekt på verksamheten men att denna effekt inte är given. Den främsta lärdomen av utvärderingen är snarast att utveckling av målbaserad ersättning är en process. Även om relevanta mål identifieras är det inte alltid givet vilka indikatorer på måloppfyllelse som bör användas. Valet av indikatorer beror också på vilka data som är tillgängliga i utgångsläget och i vilken mån man kan acceptera ytterligare datainsamling från verksamheten. Förutsättningarna för att samla in data kan också ändras genom ny teknologi. I Östergötland blev exempelvis uppföljningen av telefon tillgängligheten mycket enklare och billigare när ett automatiskt telefonsystem installerats, som kunde ersätta den tidigare manuella uppföljningen.

På andra håll i svensk primärvård finns inte mycket dokumentation om effekterna i form av oberoende utvärderingar. Det finns dock erfarenheter om svårigheterna att identifiera relevanta mål och inte minst att identifiera och följa upp indikatorer som återspeglar de valda målen. De mål som används i svensk primärvård är än så länge få och generella. Mål som fokuserar processmått till patienter med kronisk sjukdom är sällsynta, till skillnad från program i USA och Storbritannien där sådana mål är vanliga. Det finns också olika meningar om den framtida utvecklingen. En del efterlyser fler process- och resultatmått i linje med det s.k. Q-projektet i Skåne respektive Västsverige som fokuserar målbaserad ersättning inom diabetes- respektive hjärtsviktsvården. Andra intressenter, däribland Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) har förespråkat generella mål med utgångspunkt i primärvårdens breda åtagande och med hänsyn till att enheterna ofta är små och arbetar under olika geografiska och sociala förutsättningar.

5.3 Vad bör man tänka på vid en fortsatt utveckling?

Den befintliga litteraturen kan inte ge några entydiga svar på effekterna av en målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården eller hur en sådan målbaserad ersättning bör utformas. De samlade erfarenheterna är dock mycket tydliga på en punkt. I flera studier återkommer påpekandet att utformning av målbaserad ersättning är en process som tar tid. Man kan inte förvänta sig att hamna rätt i alla avseenden under första året. Det anses i allmänhet viktigt att redan på ett tidigt stadium involvera dem som berörs av ersättningen och de olika kompetenser som behövs för utformningen. På detta sätt finns bättre förutsättningar för att mål och indikatorer är relevanta, att mål och indikatorer går att följa upp med rimlig ansträngning och att mål och indikatorer accepteras av den verksamhet som berörs. Flertalet forskare noterar också att målbaserad ersättning kan förstärkas av andra initiativ för att åstadkomma bättre kvalitet, inte minst öppna jämförelser av kvalitet. Det kan därmed finnas anledning att även involvera dem som ansvarar för sådana andra initiativ i utformningen, så att effekterna förstärks snarare än att det uppstår konkurrens.

Trots bristen på entydiga svar är det möjligt att identifiera frågeställningar som kan ge stöd för utformningen och dessutom underlätta kommunikationen med berörda intressenter:

- Vilka är problemen?
- Vilka mål och indikatorer bör väljas?
- Finns problemen hos alla vårdgivare eller enbart några få – hur koppla ersättningen till målnivåer?
- Hur stora uppoffringar hos vårdgivare måste till för att lösa problemen – räcker ersättningsnivån för att ändra beteendet?
- Vilken part är bäst skickad att lösa problemen – vem ska ta emot ersättningen?
- Finns alternativa sätt att nå målen – vad ger mest värde för pengarna?

5.3.1 Vilka är problemen?

En målbaserad ersättning kan utformas utifrån olika syften. Om syftet enbart är att ge vårdgivare med bättre kvalitet mer i ersättning behövs egentligen ingen närmare kartläggning av problem och praxis. Det räcker att definiera relevanta mål för verksamheten och att belöna enheter utifrån i vilken grad dessa uppnås. Med en sådan utgångspunkt kan man dock inte förvänta sig så stora förändringar i verksamheten. Den målbaserade ersättningen kommer till stor del att gå till vårdgivare som redan uppnått en bra kvalitet.

Om syftet i stället är att stimulera till förbättringar i verksamheten krävs kunskaper om utgångsläget. Vilka avvikelser finns sett till de mål som kan formuleras för verksamheten? Är problemen stora eller små? Finns problemen hos alla berörda vårdgivare eller enbart ett fåtal? Sådana kunskaper blir helt nödvändiga för att:

- avgöra vilken typ av mål som ska fokuseras
- bedöma vilka ersättningsnivåer som krävs
- utforma ersättningen så att de vårdgivare man vill påverka berörs.

För åtminstone delar av svensk hälso- och sjukvård är utgångsläget för en problemanalys förmodligen bättre än för vården i USA eller Storbritannien. Trots att ansvaret är decentraliserat till 21 landsting

och regioner finns en nationell samling kring både kunskapsstyrning, kvalitetsregister och nationella befolknings- och patientenkäter. Det ger en gemensam grund för analys och utvärderingar samt möjligheter att dela på de administrativa kostnaderna. De svenska kvalitetsregistren är tämligen unika och ger en utmärkt grund för att definiera problem och möjligheter. Det är dock långt ifrån alla vårdgivare som medverkar i registren och även bland dem som medverkar registreras inte resultaten för alla patienter. Den potential som finns i registren utnyttjas därmed inte fullt ut. Register saknas också för exempelvis stora delar av primärvården. Vikten av att utveckla uppföljningssystem för just primärvården är också flitigt diskuterad.

En annan plattform som kan användas vid analys av problem och utformning av målbaserade ersättningsprinciper är de systematiska litteraturöversikter om evidensbaserade metoder som publiceras av SBU. Vanligtvis innehåller SBU:s rapporter även en bedömning av svensk praxis och hur denna bör utvecklas givet tillgänglig evidens. Ytterligare en utgångspunkt är Socialstyrelsens riktlinjer för prioriteringar, som ger rekommendationer om hur olika åtgärder vid specifika sjukdomstillstånd bör prioriteras.

En analys av problem baserade på kvalitetsregister, egna uppföljningar och tillgänglig evidens är förmodligen inte tillräcklig som grund för utformning av målbaserad ersättning. Som beskrivits i tidigare kapitel finns också anledning att beakta de motiv som påverkar vårdgivare i övrigt. I debatten om behovet av styrning i offentligt finansierad vård kan två ytterligheter skönjas i antaganden om dessa motiv (Le Grand 2003). Den ena ståndpunkten baseras på idealistiska förhoppningar att vårdgivare alltid vägleds av professionella motiv och enbart agerar för patientens bästa och en hög kvalitet i verksamheten. Den andra ståndpunkten baseras på det cyniska antagandet att professionella liksom alla andra motiveras av egenintresset främst. Professionella yrkesutövare kan verka för en bra kvalitet i vården, men bara om de har något att vinna själva på en sådan utveckling. Därutöver finns i debatten om styrning också olika antaganden om individers förmåga att fatta beslut; allt från att individer behöver mycket styrning ovanifrån för att fatta rätt beslut, till att individer är fullt

kapabla att fatta kloka beslut för verksamheten på egen hand utan övergripande styrning.¹³

Som Le Grand noterar finns förmodligen lite av båda motiven och egenskaperna hos alla individer, beroende på situationen. Det är förmodligen också ett rimligt antagande om motiv och egenskaper hos dem som arbetar i vården. Det innebär i så fall att vårdgivare ibland sätter egenintresset främst och att man inte alltid kan förmodas göra rätt utan övergripande styrning. Men i andra sammanhang, kanske t.o.m. de flesta, sätter man patienten främst och fattar kloka beslut utan styrning ovanifrån. Det innebär i sin tur att det ibland kan vara onödigt eller t.o.m. skadligt med en särskild målbaserad ersättning. Onödigt såtillvida att målen kan nå enklare baserat på den motivation som redan finns i verksamheten. Skadligt eftersom externt genererade incitament kan tränga undan annan motivation som är värdefull för verksamheten.

5.3.2 Vilka mål och indikatorer bör väljas?

Som redovisats i tidigare kapitel finns många möjliga mål och indikatorer som kan användas för den målbaserad ersättningen. Det kan därför vara lockande att ta de mål och indikatorer som verkar mest spännande eller sådana som man har enklast tillgång till. På detta sätt kan man även skynda på införandet av målbaserad ersättning och framstå som en pionjär i andras ögon. Om syftet enbart är att ge vårdgivare med bättre kvalitet mer i ersättning kan ett sådant förhållningssätt vara rimligt. Om syftet är att stimulera till förbättringar krävs att valet av mål förankras i en analys av faktiska problem. I så fall kan det snarast finnas anledning att undvika översikter om tänkbara mål och indikatorer i ett inledande skede av utvecklingsarbetet.

Valet av mål och indikatorer kan diskuteras utifrån flera frågeställningar:

- Ska man välja mål på systemnivå eller på terapeutisk nivå?
- Ska målen fokusera vertikala eller horisontella prioriteringar?
- Ska målen avse processer eller resultat?
- Ska målen vara många eller få?

¹³ Le Grand (2003) diskuterar dessa antaganden i termer av "knights" (fokus på egenintresse) och "knaves" (altruister) respektive "pawns" (schackbrädets minst värdefulla pjäs med liten kapacitet) och "queens" (schackbrädets mest värdefulla pjäs med stor kapacitet).

Beroende på vilka och hur många mål som väljs påverkas både kraven på förberedelser och de ekonomiska incitamenten. Sannolikheten för att rätt vårdgivare belönas blir också mer eller mindre stor.

Systemnivå eller terapeutisk nivå?

I de målbaserade ersättningssystem som används i svensk primärvård finns både systemmål och terapeutiska mål. Systemmål handlar exempelvis om telefontillgänglighet och hur nöjda patienterna är. Mål på terapeutisk nivå avser till stor del följsamhet till läkemedelskommitténs rekommendationer samt främjande av preventiva insatser som fysisk aktivitet och rökstopp. Medan de terapeutiska målen ofta baseras på evidensbaserad kunskap, exempelvis att prevention i form av rökstopp lönar sig, är det oftast inte fallet med systemmålen. Även om de allra flesta förmodligen anser att god telefontillgänglighet och nöjda patienter är viktigt kan det finnas oenighet om vilken vikt dessa kvaliteter ska ha och hur måloppfyllelsen ska mätas. Med systemmål ökar således utrymmet för politik och tyckande. Om målen på terapeutisk nivå baseras på evidens blir det också enklare att bedöma vilka vinster som kan uppnås. Den målbaserade ersättningen kan riktas mot de patientgrupper där vinsterna är störst.

Vertikala eller horisontella prioriteringar?

För inte minst primärvårdens del finns det anledning att skilja mellan mål som fokuserar vertikala respektive horisontella prioriteringar. Med vertikala mål avses mål som anknyter till viss sjukdom eller diagnos, medan horisontella mål avser stora grupper av patienter oberoende av viss enskild sjukdom eller diagnos. Som visats tidigare i rapporten är vertikala mål för att åstadkomma bättre vård till kroniskt sjuka, inte minst diabetespatienter, vanliga i de målbaserade ersättningssystem som används i brittisk och amerikansk hälso- och sjukvård. I svensk primärvård förekommer sådana mål mera sparsamt utanför det s.k. Q-projektet som fokuserar mål för diabetes- respektive hjärtsviktsvård. I den mån målen avgränsas till vissa patienter är utgångspunkten snarare ålder än diagnoser. Exempelvis finns i flera landsting möjligheter till

extra målbaserad ersättning om andelen läkemedelsgenomgångar hos äldre med många läkemedel ökar. Denna form av riktad ersättning kan möjligen beskrivas som en kombination mellan vertikala och horisontella mål. Målen fokuserar inte en enskild diagnos och tar på så sätt hänsyn till att primärvården behandlar individer snarare än diagnoser. Samtidigt riktas insatserna mot den grupp av individer med multisjuklighet där de potentiella vinsterna är som störst.

Process- eller resultatmål?

För- och nackdelar med process- respektive resultatmål har fått ett stort utrymme i litteraturen om målbaserad ersättning. I framför allt amerikansk men även i brittisk litteratur rekommenderar de flesta forskare att fler resultatmått används i stället för de processmått som hittills dominerat. Det finns också en utveckling i denna riktning sett till praxis. I svensk hälso- och sjukvård är det fortfarande ovanligt med resultatmått som del av den målbaserade ersättningen.

En första fördel med resultatmål är att variationen mellan olika vårdgivare ofta blir större. Resultatmål är således bättre på att diskriminera mellan vårdgivare med mer eller mindre god kvalitet, vilket innebär att de ekonomiska incitamenten blir starkare om man kopplar en extra ersättning till måluppfyllelse. Processmål uppnås ofta av flertalet vårdgivare, inte minst om de använts som grund för målbaserad ersättning under några år. Det är också förklaringen till att man exempelvis inom det brittiska systemet tagit bort flera processmått under senare år inom exempelvis diabetesområdet. Däremot behåller man intermediära resultatmått i form av behandlingsmål för diabetespatienter, där variationen mellan mottagningarna fortfarande är stor.

Ett annat problem med processmått är att kopplingen till verklig patientnytta är mera osäker. Det finns större möjligheter att nå den målbaserade ersättningen genom enbart förbättrad dokumentation. I brittisk primärvård har den dokumenterade vården till exempelvis diabetespatienter förbättrats. Patienter träffar i första hand sjuksköterskor på särskilda diabetesmottagningar och får oftare de kontroller som rekommenderas. Men trots förbättringen enligt processmål är det fortfarande många diabetespatienter som inte når de intermediära resultatmålen, dvs. har kontroll över blodsocker,

blodtryck och kolesterolnivåer. Det finns också en osäkerhet om hur patienterna själva uppfattar den nya vård som ges och om man får tillräckligt med utrymme för att lyfta fram de egna problemen.

Processmål kan också leda till en passivisering av vårdgivarna. Man genomför de processer och åtgärder som ger extra betalt enligt den målbaserade ersättningen, varken mer eller mindre. Med målbaserad ersättning baserat på resultatmål ligger i stället ansvaret för att genomföra åtgärder och insatser som främjar en positiv utveckling på vårdgivarna själva. Resultatmål främjar således lokala innovationer medan processmål utgår från evidensbaserad kunskap som tagits fram av någon annan. Om det inte finns någon evidens är man därför i praktiken hänvisad till att arbeta med resultatmål.

Det finns även nackdelar med resultatmål. För det första är det inte givet vilka mål som ska väljas. Många av de resultatmål som används i målbaserade ersättningssystem är i praktiken intermedieära resultatmål i patienternas perspektiv, dvs. de mäter inte det slutgiltiga resultatet i form av patientnytta. Även om behandlingsmålen uppnåtts för diabetespatienter är patientnyttan inte given. Sett i patientens perspektiv är det mera rimligt att se till effekter på livslängd och livskvalitet och i vilken mån komplikationer kan undvikas. Sådana effekter uppkommer först på sikt och påverkas av många andra faktorer. Bedömningen av olika vårdgivare blir därför mera osäker. Ett dåligt resultat uppstår inte nödvändigtvis för att kvalitén i vården är dålig. På samma sätt kan ett bra resultat bero på annat än bra kvalitet i vården.

Ett uppenbart exempel är jämförelse av resultaten hos en mottagning som bara tar emot enkla patientfall med motsvarande resultat hos en mottagning som vårdar komplexa patientfall. Resultatet i form av mortalitet, komplikationer och hur väl olika behandlingsmål nås är förmodligen sämre för den senare mottagningen. Det beror dock inte på vårdens kvalitet utan på att patienternas initiala hälsa och möjligheter att tillgodogöra sig behandlingen är sämre än för den enhet som koncentrerat sig på de enklare fallen. Processmått straffar i mindre utsträckning de vårdgivare som tar sig an komplexa patienter där resultatmålen är svåra att nå trots att rätt insatser sätts in. Risken för att vårdgivare undviker de svåra fallen alternativt överdriver patienternas initiala hälsoproblem för att lättare nå målen minskar. Med resultatmål finns behov av riskjustering så att den målbaserade ersättningen inte leder till selektion av svåra patientfall eller felaktig belöning

(eller bestraffning) av vårdgivare för att dessa tar emot enkla (eller svåra) patientfall.

Även om man lyckas med riskjusteringen kommer slumpen att få större inverkan på utfallet av resultatmål. Som diskuteras i litteraturen är det därför svårt att använda resultatmål inom områden där sjukhus behandlar få fall och för de allra flesta diagnoser inom primärvården. Antalet patienter blir helt enkelt för litet och slumpen kan då styra vilka vårdgivare som framstår som bra (eller dåliga) snarare än det verkliga resultatet. För primärvårdens del innebär det att vertikala resultatmål kan användas för diabetespatienter och kanske någon eller några ytterligare diagnoser, förutsatt att den målbaserade ersättningen avser hela enheter med flera verksamma läkare och sjuksköterskor. I övrigt bör man förlita sig på mer horisontella och generella resultatmål som tar sin utgångspunkt i större patientgrupper.

Kraven på riskjustering leder till att systemen blir dyrare. Även uppföljningen av resultatmål är mer krävande och leder till ökade administrativa kostnader, vilket måste vägas mot nyttan. En uppföljning av intermediära resultatmått i form av behandlingsmål innebär exempelvis att man måste följa upp resultatet hos patienterna. Detta är förvisso själva syftet med att använda resultatmått, men leder trots allt till en alternativkostnad för mottagningarna. Den tid som det tar att kontrollera resultatet hos patienterna skulle kunna ha använts för något annat som genererat ett större värde för patienterna. Processmål kan följas upp enklare genom att mottagningar bockar av de åtgärder och insatser som görs.

Om det finns stark evidens för att viss metod eller åtgärd bör användas av vårdgivare finns naturligtvis anledning att på något sätt styra mot detta mål om gapet mellan evidens och praxis är stort. En målbaserad ersättning kan då vara ett alternativ, åtminstone på kort sikt och för att initiera en utveckling i de fall det inte räcker med enbart information. I flera andra sammanhang finns anledning att i första hand överväga resultatmål som utgångspunkt för en målbaserad ersättning:

- om det är mera osäkert vilka metoder som är bäst för att nå de önskvärda resultaten
- om de insatser som krävs för att nå resultaten varierar för olika patienter

- om man vill främja lokala innovationer och nya sätt att nå målen
- om man med större säkerhet vill belöna verklig kvalitet snarare än förbättrad dokumentation.

En användning av resultatmål måste dock beakta tillkommande administrativa kostnader för riskjustering och uppföljning. Slumpen får också större betydelse för utfallet vilket påverkar utformningen. Det kan därför vara enklare att använda horisontella eller generella resultatmål eftersom dessa berör större patientgrupper där slumpen får mindre betydelse.

Hur många mål?

En viktig fråga med tanke på möjligheterna är hur många mål och indikatorer som ska användas i en målbaserad ersättning. En utgångspunkt skulle kunna vara att den målbaserade ersättningen bör omfatta så många mål som möjligt eftersom detta ger ökade möjligheter att styra. Det finns dock flera motargument mot en sådan princip. Fler mål leder till ökade administrativa kostnader. Bakom alla processmål måste det finnas klinisk forskning som ger stöd för en användning. Många resultatmål måste riskjusteras så att de inte blir orättvisa för vårdgivare som möter olika patienter. Kraven på uppföljning kan dessutom bli betungande för verksamheten. Fler mål innebär dessutom att effekterna urvattnas. Att prioritera allt är samma sak som att inte prioritera alls.

Den motsatta ståndpunkten är i stället att man ska använda så få mål som möjligt för att verkligen få effekt och så att verksamheten ska störas så lite som möjligt av ökade krav genom uppföljningen. Det finns dock argument mot även en sådan princip. Med få mål ökar förvisso den potentiella effekten, men det gör också risken för undanträngning av de mål som inte följs upp och ersätts separat. Få mål innebär att kraven på att man verkligen mäter förbättringar för många patienter ökar. Det borde innebära att i första hand horisontella resultatmål kan komma ifråga. Vertikala processmål fokuserar i alltför stor utsträckning förbättringar i vissa aspekter hos en viss patientgrupp.

Antalet mål kan inte avgöras skilt från frågan om hur stor ersättningen är. I brittisk primärvård används över 130 indikatorer på kvalitet, men så är också andelen målbaserad ersättning stor; upp

mot 30 procent av intäkterna på mottagningsnivå. Rimligen finns en koppling. Det skulle vara orimligt att ge upp mot 30 procents extra ersättning med utgångspunkt i några få mål. Risken för undanträngning och andra icke-avsedda effekter skulle öka drastiskt. På det sättet är det också logiskt att användningen av målbaserad ersättning i svensk primärvård och även i amerikansk vård i många fall avgränsas till mellan 7-15 mål. Med tanke på att ersättningen bara uppgår till 2-3 procent av den totala ersättningen finns helt enkelt inte utrymme för fler mål.

5.3.3 Hur koppla ersättningen till målnivåer?

Incitamenten för vårdenheter att ändra beteendet påverkas inte bara av vilka mål och indikatorer som väljs. Det är egentligen av mycket större betydelse vilka målnivåer som definierats. Är målen mycket svåra att nå är det få som försöker sträva efter att nå målen, oavsett vilka de är. Är målen enkla att nå är det å andra sidan många vårdenheter som kommer att få belöningar utan att anstränga sig. I tidigare avsnitt har beskrivits att resultatmål i princip är svårare att nå än processmål. Vårdgivare kan aldrig vara säkra på att ett visst resultat uppnås bara för att en viss insats sätts in. Men svårighetsgraden påverkas naturligtvis främst av på vilken nivå finansören beslutat att "ribban" ska ligga.

Den vanligaste rekommendationen i läroböcker är att målen ska vara svåra men samtidigt fullt möjliga att nå. Ett uppenbart och stort praktiskt problem är om utgångsläget varierar mellan vårdenheter. De målnivåer som definieras kan då vara antingen mycket svåra eller mycket enkla att nå, beroende på vilka vårdenheter som avses. Det är också ett vanligt problem i praktiken med målbaserad ersättning. Belöningar ges till stor del till vårdgivare som redan uppnår målen. Samtidigt sker inga förbättringar alls hos de vårdgivare där det behövs som mest.

Som redovisats i tidigare kapitel finns möjligheter att belöna flera vårdgivare om absoluta målnivåer används i stället för relativa. Med relativa mål, exempelvis att de 10 procent bästa vårdgivarna får bonus, blir målen svårare att nå för de flesta. Det är också mera osäkert om en egen uppoffring ger belöning eftersom utfallet även beror på andras insatser för att nå målen. Denna ökade osäkerhet leder rimligen till att vårdgivare måste förvänta sig en högre belöning om man ska ändra sitt beteende. Absoluta nivåer ger

större säkerhet eftersom utfallet enbart beror på varje vårdgivares egna prestationer. Genom att definiera olika tröskelvärden för absoluta målnivåer kan man också skapa incitament till förbättringar hos olika vårdgivare, oavsett initial nivå. Nackdelen med absoluta mål är att finansören på förhand inte kan veta hur mycket ersättning som ska betalas ut. Det ska vägas mot att den förväntade effekten och möjligheter att rikta incitamenten mot fler vårdgivare ökar.

En annan åtgärd som diskuteras i litteraturen är att belöna förbättringar och inte enbart uppfyllelse av målnivåer. På detta sätt kan man rikta en del av den målbaserade ersättningen till de enheter som förbättrat sig mest och som kanske hade sämst kvalitetsnivå i utgångsläget. Även en sådan strategi förutsätter kunskaper om utgångsläget och variationer mellan vårdgivare. En annan möjlighet är att enbart belöna för den relativa förbättring som vårdgivare gör jämfört med de egna resultaten. Det är exempelvis möjligt att belöna de vårdenheter som förbättrat de egna resultaten med 10 procent på samma sätt, oavsett den initiala kvalitetsnivån. En belöning enbart utifrån förbättringar påverkar naturligtvis syftet med målbaserad ersättning och behovet av kommunikation gentemot de som berörs av ersättningen. Poängen blir i första hand att belöna de vårdgivare som gjort mest för att förbättra kvalitén. Det kan leda till att vårdgivare som gjort stora förbättringar med fortfarande har sämre kvalitet än genomsnittet får större målbaserad ersättning än vårdgivare med små förbättringar och en genomsnittlig kvalitetsnivå. Det kan därför finnas skäl att kombinera principen med belöningar som även tar hänsyn till absolut måluppfyllelse.

I stället för att belöna vårdgivare med sämre kvalitet som gör stora förbättringar kan man naturligtvis införa ett vite för samma vårdgivare om det *inte* sker några förbättringar. Även om vårdgivare med dålig kvalitet förmodligen inte är tilltalade av en sådan lösning kan principen vara lättare att försvara för andra vårdgivare. Forskning har också visat att hotet om en förlust ger starkare drivkrafter än motsvarande chans till belöning.

Enligt studier tycks processmål fungera bättre för att skilja ut de vårdgivare som har dålig kvalitet än att skilja mellan de många vårdgivare som når processmålen. Det skulle tyda på att olika typer av mål kan användas på olika sätt kopplat till viten respektive belöningar. Processmål kan användas för att identifiera de som är sämst och kan kopplas till viten om inga förbättringar sker.

Resultatmål kan i första hand användas för belöningar som främst kommer de bästa vårdgivarna till del. De ekonomiska incitamenten blir starka för både vårdgivare som redan är bra och i synnerhet för vårdgivare som bör förbättra sig mest.

5.3.4 Räcker ersättningen för att ändra beteendet?

Även målnivåer som är mycket svåra att nå kan ge incitament till ändrat beteende, bara belöningen är tillräckligt stor om målen uppnås. Omvänt gäller att en blygsam målbaserade ersättningen leder till krav på mål som är förhållandevis enkla att nå. Logiskt sett är det den *förväntade* belöningen som motiverar vårdgivare till ändrat beteende. Den förväntade belöningen beror i sin tur på belöningsens storlek, men även på sannolikheten för att uppostringar leder till att målen nås. Med fler mål och/eller mål som är svåra att nå måste den ersättning som förväntas vara högre för att någon effekt ska uppstå.

Beslut om ersättningsnivåer hänger därför också samman med vilken typ av mål som valts. Relativa mål ger alltid större osäkerhet än absoluta mål eftersom sannolikheten för att en viss vårdgivare når målet även beror på andra vårdgivares prestationer. Om det bara är de 10 procent bästa som får ersättning är det ju inte säkert att vårdgivare får någon belöning även om de egna uppostringarna är stora. Med absoluta mål minskar osäkerheten eftersom alla som når målnivån belönas. Därför behövs inte lika stor ersättning för att uppnå effekt. På samma sätt finns även en koppling mellan process- respektive resultatmål och lämpliga ersättningsnivåer. Med struktur- eller processmål finns bättre möjligheter för vårdgivare att göra kalkyler över de kostnader som uppstår om man försöker nå målen. Dessa kostnader kan sedan jämföras med den ersättning som utgår.

Ett exempel från svensk primärvård är en fast ersättning per genomförd läkemedelsgenomgång för äldre patienter med särskilda behov. Med ett sådant absolut processmål är det förhållandevis enkelt att beräkna den merkostnad som uppstår om vårdgivare försöker nå målet. Ersättningsnivån kan sedan utformas därefter. Motsvarande gäller i princip om den målbaserade ersättningen avser förbättrade kontroller av blodsocker, blodtryck och kolesterol-nivåer hos diabetespatienter. En ersättningsnivå som ligger under vårdgivares kostnader för att uppnå målen kommer logiskt sett inte

att leda till någon förändring. Det gäller oavsett vilka mål som valts och hur målnivåer utformats.

Med resultatmål blir det svårare att bedöma vad som är nödvändig ersättningsnivå för att förändra beteendet. Till skillnad från vid användning av processmål, finns det inte några tröskelvärden i form av lägsta nivå på ersättningen för att någon effekt ska uppstå. Även en begränsad ersättning kan motivera vårdgivare till åtminstone små och enkla åtgärder som förbättrar måluppfyllelsen. Med resultatmål är det också upp till vårdgivarna att välja hur målen ska nås. Det förutsätter egen kunskap om lämpliga metoder eller åtminstone en kapacitet och beredskap att utveckla sådan kunskap. Beroende på olika vårdgivares kunskaper och kapacitet i detta avseende kommer utfallet att variera. För vårdgivare med tillräckliga kunskaper och egen kapacitet att utveckla lämpliga metoder och ta fram egna innovationer kan motivationen av resultatmål bli mycket stark. För vårdgivare som saknar sådan kunskap och kapacitet kan effekterna helt utebli. Det gäller även vid höga ersättningsnivåer om resultatmålen nås. Effekten av en ersättning kopplad till resultatmål blir därför alltid mera osäker. Effekterna kan också påverkas av insatser som syftar till att stärka vårdgivares kunskaper och kompetens att utveckla nya arbetssätt. Med processmål blir det förväntade utfallet mera givet eftersom den målbaserade ersättningen baseras på evidensbaserad kunskap som tagits fram på annat håll. Vårdgivarna själva behöver bara kunskap om hur man ska genomföra de önskvärda åtgärderna.

En hypotes av ovanstående är att resultatmål i första hand motiverar de vårdgivare som redan har en bra kvalitet i verksamheten, eftersom bra kvalitet sannolikt samvarierar med kunskaper och kapacitet att utveckla nya sätt att nå målen. Eftersom kunskaper förmodligen är en bristvara hos vårdgivare med sämre kvalitet, kan inte heller resultatmål motivera dessa vårdgivare särskilt väl. För sådana vårdgivare är i stället processmål mer relevanta, eftersom processmål tydligt kommunicerar till vårdgivare vilka åtgärder som är önskvärda. Som tidigare noterats bidrar också användningen av processmål mer till möjligheten att urskilja de vårdgivare som har sämre kvalitet, än att skilja mellan de många vårdgivare som har förhållandevis bra kvalitet. Slutsatsen blir att det behövs både process- och resultatmål för att motivera vårdgivare med olika utgångsläge och förutsättningar för att bedriva eget förbättringsarbete.

Ovanstående resonemang utgår från en ekonomisk logik och att effekten av en målbaserad ersättning beror på vårdgivarnas bedömning om förväntade intäkter och kostnader för att nå målen. Förväntade intäkter beror på ersättningsnivån men även på sannolikheten för att en egen uppoffring innebär att målen nås. Kostnaderna påverkas av definierade målnivåer jämfört med det egna utgångsläget, men även av antalet mål och om man har kunskap om hur målen ska nås. Som påtalats i rapporten finns dock anledning att även beakta andra motiv som kan påverka vårdgivares ageranden.

Hur påverkar grundläggande ersättningsprinciper?

Om vårdgivare i huvudsak ersätts med ett fast belopp per registrerad individ förstärks alla målbaserade ersättningar som leder till bättre kostnadskontroll. Vårdgivarna får på sätt och vis betalt två gånger; först genom en extra målbaserad ersättning och senare genom att kostnaderna i verksamheten minskar till följd av den insats som sattes in. Ett exempel är om vårdgivare belönas för att man förskriver mer generiska läkemedel¹⁴ enligt Läkemedelskommitténs rekommendationer. Givet att vårdgivare har kostnadsansvar för läkemedlen, vilket vanligtvis är fallet i svensk primärvård, får man både en extra ersättning om andelen generika ökar och samtidigt minskade läkemedelskostnader. Om de mål som ingår i den målbaserade ersättningen i stället leder till högre kostnader i verksamheten kommer incitamenten att stå emot varandra. Ett exempel är om vårdgivare i primärvården belönas för ökad andel screening av förmaksflimmer hos äldre. Förvisso kan ersättningen till vårdgivare öka om målen nås, men det gör även verksamhetens kostnader genom de utredningar och livslånga behandlingar som sätts in för de patienter som identifieras. De stora fördelar som finns med att identifiera fler äldre patienter med förmaksflimmer tillfaller andra vårdaktörer och inte minst patienterna själva. Om vårdgivare i stället ersätts huvudsakligen per åtgärd gäller de omvända incitamenten. En målbaserad ersättning som ger mer att göra på sikt förstärks, medan en målbaserad ersättning som syftar till kostnadskontroll försvagas.

¹⁴ Läkemedel vars patentskydd löpt ut får vanligen konkurrens från billigare kopior, s.k. generika.

Beroende på vilken grundläggande ersättningsnivå som används finns alltså anledning att justera ersättningsnivån uppåt eller nedåt beroende på hur målen samvarierar med de underliggande ekonomiska incitamenten. Det är också viktigt att ta hänsyn till vem som får ta del av de positiva effekterna av en bättre vård. På detta sätt kan målbaserad ersättning också bli en lösning på problem i form av "silo-tänkande". Genom omfördelning av vinsterna kan exempelvis primärvården ges starka incitament att genomföra åtgärder som leder till förbättringar för sjukhusen eller andra vårdaktörer.

Hur påverkas andra incitament och motiv?

Det finns också anledning att ta hänsyn till andra incitament och motiv bland vårdgivare. Som påtalats i rapporten finns risk för att ekonomiska incitament tränger ut andra önskvärda motiv så att icke-avsedda effekter uppstår. Det gäller i synnerhet vid högre ersättningsnivåer i den målbaserade ersättningen. Höga ersättningsnivåer är i ett perspektiv önskvärda eftersom det gynnar förhoppningen om positiva effekter. Men efterhand som möjligheterna till positiva effekter ökar, ökar även risken för undanträngningseffekter eller att vårdgivare manipulerar den målbaserade ersättningen och söker genvägar för att få del av ersättningen. Som noteras av Bevilacqua & Singh (2009) kan "pay-for-performance" vara en pandora's ask genom att den lockar fram känslomässiga effekter baserade på fruktan och girighet, snarare än vad som är önskvärt och rationellt sett i ett övergripande perspektiv.¹⁵

I de fall insatser motiveras främst av altruism bland vårdgivare kan också ersättningsnivåer som enbart motsvarar alternativkostnaden för insatserna leda till ett sämre utfall än i utgångsläget. Den upplevda nyttan av att göra insatsen av egen fri vilja trängs ut av den monetära ersättningen. Sett ur detta perspektiv ska ersättningsnivån antingen vara blygsam så att man inte förstör utan bygger på andra positiva incitament, eller baseras minst på de uppoffringar som krävs av vårdgivare, om dessa är möjliga att beräkna. Effekten av små ersättningsnivåer ska inte underskattas.

¹⁵ I experiment inom s.k. "neuro-economics" har man noterat att bonusar stimulerar samma centrum i hjärnan som kokain, vilket också förklarar varför individer kan drabbas av spelberoende.

Små ersättningsnivåer kan sannolikt ha betydelse för att ”signalera” en önskvärd utveckling, i synnerhet om de utformas som viten. Exempel är de principer som används av Medicare i USA respektive NHS i Storbritannien att inte ersätta s.k. ”never-events” i form av vårdtillfällen som uppstår till följd av försumlighet inom vården. Höga ersättningsnivåer i den målbaserade ersättningen medför krav på att de mål som definierats verkligen är relevanta. Det måste finnas stark evidens bakom processmålen och resultatmålen måste utgå från verklig patientnytta. Förmodligen ställs också krav på fler och mer generella mål så att fokuseringen på enskilda mål och risken för undanträngningseffekter inte blir för stor.

5.3.5 Vem ska ta emot ersättningen?

I svensk offentlig hälso- och sjukvård är det i stort sett givet att det är enheter i form av vårdcentraler, mottagningar, sjukhus och kliniker som är mottagare av den målbaserade ersättningen. Även om denna syn i första hand förklaras av traditioner snarare än ett rationellt övervägande, finns argument för att behålla principen.

Ett argument för att välja enhetsnivån är att risken för undanträngning av önskvärda professionella normer minskar jämfört med om ersättningen går direkt till enskilda yrkesutövare. Om man inte vet vilken nivå som är bäst lämpad att lösa de problem som identifierats är det också alltid bättre att välja enhetsnivån som mottagare av ersättningen. Den som ansvarar för enheten kan ju alltid skicka incitamenten vidare genom att ändra på incitamenten för enskilda yrkesutövare. Sådana möjligheter till anpassning finns inte på samma sätt om incitamenten felaktigt läggs på enskilda yrkesutövare när de borde ha lagts på enhetsnivån. Man kan också hävda att möjligheterna att utveckla nya sätt att nå målen är större på enhetsnivå. Enhetsnivån kan avsätta en bredare kompetens och mer resurser för att ta fram innovationer och har möjlighet att investera även i gemensamma resurser, exempelvis i form av IT-lösningar. Det talar för att resultatmål alltid är mer relevanta för enhetsnivån eftersom sådana mål förutsätter att verksamheten själv inför lösningar för att nå målen. Denna slutsats förstärks om man dessutom beaktar att resultatmål rymmer mer osäkerhet och slumpmässig variation, vilket kräver större dataunderlag för att vårdgivares resultat ska kunna bedömas med statistisk säkerhet.

Även om enhetsnivån är en rimlig fortsatt utgångspunkt för utformning av målbaserad ersättning i svensk hälso- och sjukvård kvarstår frågan om vilken administrativ nivå som är mest lämplig. Om den målbaserade ersättningen är blygsam kan man naturligtvis ifrågasätta om den ska spridas ut på flera enheten. Om ersättningen i stället kopplas till måluppfyllelse på högre administrativ nivå kan man få en "hävstångseffekt" som innebär att effekten för de många enheterna trots allt blir större genom de initiativ som tas av den övergripande ledningen. En parallell kan dras till den statliga s.k. kömiljarden. Genom att koppla ersättningen till landstingsnivån skapades sannolikt flera initiativ hos olika landstingsledningar att förbättra tillgängligheten. Om kömiljarden i stället kopplats till en målbaserad ersättning för alla vårdcentraler, mottagningar och kliniker i landet skulle effekten varit mer osäker eftersom den extra ersättningen för var och en skulle blivit marginell. Genom att koppla ersättningen till de 21 landstingen fanns också möjligheter att stimulera olika gemensamma insatser för att skapa bättre tillgänglighet, exempelvis investeringar i bättre uppföljningssystem.

Beroende av vilken administrativ nivå målbaserad ersättning används på, kommer utformningen att få olika karaktär. Ju högre administrativ nivå, desto fler systemmål och generella mål som berör många patienter. Terapeutiska mål är vanligtvis knutna till visst sjukdomsområde och återfinns därför på verksamhetsnivån. Möjligheten till olika lösningar ger utrymme för målhierarkier där målbaserade ersättningsprinciper på olika nivåer kan komplettera varandra. Även om de målbaserade ersättningssystem som används på varje administrativ nivå fokuserar en begränsad mängd mål kan man på detta sätt åstadkomma balans sett till helheten och minska risken för icke-önskvärd undanträngning.

5.3.6 Finns alternativa sätt att nå målen?

Som framgått av utvärderingar i både USA, Storbritannien och Sverige är målbaserad ersättning ingen isolerad företeelse. Målbaserad ersättning är snarast ett av flera uttryck för att styrningen i hälso- och sjukvården i allt högre grad fokuserar resultat, måluppfyllelse och "värde för pengarna". Målbaserad ersättning har nära band med generella ambitioner att stärka uppföljningen av vården och att sluta gapet mellan evidensbaserade metoder och praxis. Målbaserad ersättning baseras ofta på samma

underlag från journaler och kvalitetsregister som används i öppna jämförelser av kvalitet. Målbaserad ersättning kan också ses som en vidareutveckling av idén om balanserade styrkort där ekonomiska incitament kopplats till de mål för verksamheten som identifierats.

Målbaserad ersättning som del i ett större sammanhang av styrinstrument försvårar naturligtvis möjligheterna att säga något om effekterna. Det är inte möjligt att utveckla samma evidens som för behandlingar med t.ex. läkemedel där effekterna kan studeras i kontrollerade experiment. Kopplingen till andra styrinstrument väcker dessutom två frågor. Den första frågan är om den målbaserade ersättningen ska förstärka eller balansera de incitament som följer av annan styrning. Den andra frågan är om det finns alternativa sätt att nå målen, dvs. om målbaserad ersättning kan anses vara ett kostnadseffektivt sätt att styra verksamheten.

Koppling till andra styrinstrument

Målbaserad ersättning kan förstärka eller försvaga de incitament som följer av andra styrinstrument. Det är därför viktigt att beakta dessa andra incitament när målbaserad ersättning utformas. Som påtalats tidigare är den grundläggande ersättningen viktig. Målbaserad ersättning kan antas få olika effekt beroende på om den grundläggande ersättningen baseras på ett fast belopp per registrerad individ eller på volymen utförda prestationer. En målbaserad ersättning kan också användas för att motverka de risker som följer av viss grundläggande ersättningsprincip, t.ex. risken för undervård om den grundläggande ersättningen baseras på fasta anslag. Man kan också fundera över möjligheten att använda målbaserad ersättning för längre tidsperioder och för att motverka den fokusering på kalenderår som gäller för övrig ekonomisk styrning i hälso- och sjukvården. En sådan användning av målbaserad ersättning för längre tidsperioder ger även bättre möjligheter att använda resultatmål, eftersom sådana mål kräver mer data för att utfallen ska bli statistiskt säkerställda.

Det finns också en potentiell koppling mellan målbaserad ersättning och andra styrinstrument som inte har med ersättningen att göra. Öppna jämförelser av kvalitet ger exempelvis incitament till vårdgivare med allt för stora negativa avvikelser att förbättra sig. Dessa incitament kan förstärkas med monetära belöningar eller viten, dvs. med en målbaserad ersättning. På detta sätt kan man

tänka sig en roll för målbaserad ersättning i första hand inom de områden där öppna jämförelser mellan vårdgivare inte gett de önskvärda effekterna. Under första året finns möjligheter att enbart lyfta fram avvikelser och vilken utveckling som är önskvärd. Under andra året kan incitamenten förstärkas genom att måluppfyllelse kopplas samman med extra ersättning, alternativt att frånvaro av måluppfyllelse leder till viten för vårdgivare.

På samma sätt kan målbaserad ersättning användas som komplement till valfrihetssystem för patienterna. I första hand syftar valfrihetssystem till att skapa incitament för förbättrad tillgänglighet. Med en dålig tillgänglighet finns risk att patienterna väljer någon annan vårdgivare och tar med sig "vårdpengen" dit. En målbaserad ersättning kan användas för att förstärka dessa incitament att förbättra tillgängligheten, om det skulle behövas. Men en målbaserad ersättning kan också användas för att lyfta fram andra mål som riskerar att hamna på undantag i ett valfrihetssystem med fokus på tillgänglighet. Det kan exempelvis handla om tillgången till vård och återbesök för patientgrupper med kronisk sjukdom. Vilken roll de målbaserade ersättningssystemen ska spela i ett valfrihetssystem är inte givet. Som alltid vid utformning av målbaserade ersättningsprinciper finns anledning att utgå från de faktiska problemen. Det innebär att det bör finnas en beredskap att ändra på utformningen efterhand som effekterna av valfrihetssystemen utvärderas.

Alternativa sätt att nå målen

Vanligtvis finns flera olika sätt att nå de mål som anges i en målbaserad ersättning. Det finns därför anledning att fundera på om dessa andra sätt att nå målen kan vara mer kostnadseffektiva. Som redovisats i denna rapport leder en målbaserad ersättning till högre administrativa kostnader jämfört med enkla ersättningsprinciper som rambudgetar och anslag. Beroende på hur många och vilken typ av mål som avses och hur målnivåer och ersättningen utformas kan en målbaserad ersättning kräva betydande administration från finansiärer och vårdgivare. Det ställer större krav på att positiva effekter faktiskt uppnås och gör det än mer relevant att beakta alternativa sätt att nå målen.

En översikt av Scott (2009) om olika metoder för att förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet visar att flera interventioner på

läkare-/patientnivån är bättre dokumenterade och evidensbaserade än de interventioner som genomförs av övergripande ledningar, däribland "pay-for-performance". Det återspeglar i första hand möjligheterna att genomföra kontrollerade studier och att intresset för utvärderingar varierar. Den kunskap som faktiskt finns ger ändå argument för att i första hand satsa på kliniska riktlinjer, medicinsk revision och återkoppling av resultat, kliniska stödsystem baserade på IT och interaktiv vidareutbildning i små grupper, snarare än målbaserad ersättning. Olika metoder behöver dock inte sättas mot varandra. Som framgår av denna rapport går det att utforma ett målbaserat ersättningssystem som ger ekonomiska incitament att införa de evidensbaserade metoderna. Målbaserad ersättning går också att förena med professionell självkontroll, snarare än ledning från övergripande nivå, om utgångspunkten är mål som den berörda professionen själv definierat och valt ut. En sådan utformning av målbaserad ersättning baserad på kunskaper hos de professioner som berörs ger sannolikt bättre möjligheter att undvika icke-önskvärda effekter och att systemet manipuleras.

Med hänsyn till förutsättningar i svensk hälso- och sjukvård kan man naturligtvis fundera över om det inte går att ställa direkta krav på att alla vårdgivare ska använda evidensbaserade metoder, snarare än att man ska försöka locka fram en sådan användning via målbaserad ersättning. Varje landsting har som ensam finansiär i princip full kontroll över alla vårdgivare som får del av den offentliga finansieringen. Det gäller inte enbart offentliga vårdgivare utan även privata vårdgivare eftersom krav på användning av evidensbaserade metoder skulle kunna vara en del av ackrediteringen. Ska man få ta del av den offentliga finansieringen ställs krav på att man följer kliniska riktlinjer för vård till kroniska patientgrupper, accepterar medicinsk revision, tar ansvar för vidareutbildning m.fl. krav som kan anses relevanta. De allra flesta av de mål som hittills använts inom ramen för målbaserad ersättning i svensk primärvård skulle i princip kunna ingå som villkor i ackrediteringen.

Det finns naturligtvis motargument mot ett ökat direkt kravställande. I praktiken finns också betydande problem att minska gapet mellan evidensbaserade metoder och praxis, även om de formella möjligheterna till direkt påverkan är stora. Resonemanget kring alternativa sätt att styra verksamheten har dock betydelse för synen på olika typer av mål. Åtminstone på sikt bör struktur- och processmått kunna användas sparsamt som en del

av målbaserad ersättning i svensk hälso- och sjukvård. Den målbaserade ersättningen bör i stället kunna få större tyngdpunkt på resultatmål. Det bör också finnas möjligheter att koppla samman den målbaserade ersättningen med kraven enligt ackrediteringen. Det är exempelvis möjligt att ställa krav på att enheter i primärvården ska samverka med andra vårdgivare som en del av ackrediteringen. Ett sådant krav på en positiv inställning behöver dock inte leda till att samverkan fungerar i praktiken. Därför kan en målbaserad ersättning utifrån graden av samverkan i praktiken (resultatmål) bli ett värdefullt komplement. På samma sätt kan man ställa krav på att vårdgivare ska följa vårdprogram för kroniskt sjuka i samband med ackrediteringen. Detta krav kan kompletteras med resultatmål som belönar vårdgivare utifrån den faktiska nytta som skapas för samma patientgrupper.

Även om en målbaserad ersättning som vilar på resultatmål förefaller relevant för svenskt vidkommande, åtminstone på sikt, finns ytterligare alternativ som måste beaktas. Studier av sjukhus med bäst respektive sämst kvalitet enligt de mål och indikatorer som används inom Medicare i USA har visat att sjukhus med bäst kvalitet i högre grad anser sig ha tillräckliga resurser för projekt som syftar till kvalitetsförbättringar. Dessutom finns bland de bästa sjukhusen i större utsträckning en organisationskultur som stödjer förändringar, det finns ett större intresse av att pröva nya lösningar och fokus ligger på att hitta systemfel snarare än att peka ut individer som gjort misstag (Vina et al 2009). En sådan stark organisationskultur kan naturligtvis vara ett alternativ till målbaserad ersättning. Sannolikt varierar också effekterna av en målbaserad ersättning beroende på vilken kultur och vilket ledningsstöd som finns i dessa avseenden. Det gäller i synnerhet om den målbaserade ersättningen baseras på resultatmål. Som tidigare noterats förutsätter resultatmål kompetens och kunskaper hos vårdgivarna om hur målen ska nås. Parallella åtgärder för att stärka vårdgivarnas kompetens att arbeta med förbättringar och ta fram egna innovationer kan därför få stor betydelse för effekterna.

Flertalet av de mål som används i målbaserad ersättning i primärvården syftar till att skapa bättre hälsa för individer genom en förändrad livsstil. Det gäller inte minst åtgärder som främjar fysisk aktivitet, rökstopp och goda kostvanor. Mot den bakgrunden kan det vara mer angeläget att förändra de ekonomiska incitamenten hos patienterna själva snarare än hos vårdgivarna vilket i USA har diskuterats som ett "P4P-for-patients" eller

”P4P4P” (Volpp et al 2009). Utgångspunkten är att ekonomiska incitament riktade mot patienterna har större potential att reducera den åtgärdbara dödlighet som beror på rökning, dåliga kostvanor och frånvaro av fysisk aktivitet. Det är i första hand individer som fattar beslut om förändrade levnadsvanor och inte vården.

Tankar om ”P4P4P” kan mycket väl integreras med en målbaserad ersättning för vårdgivare. Genom ekonomiska incitament för individuella patienter kan en förändring i livsstil motiveras som annars inte ägt rum. Genom ekonomiska incitament för vårdgivarna kan subventionerna riktas mot de individer som har mest att vinna på en förändrad livsstil.¹⁶

5.4 Målbaserad ersättning – bra eller dåligt för svensk hälso- och sjukvård?

I svensk offentligt finansierad hälso- och sjukvård ersätts olika vårdgivare i form av sjukhus, kliniker och vårdcentraler i huvudsak genom fasta anslag. Andelen rörlig ersättning är begränsad och kombineras vanligtvis med volym- eller kostnadstak. 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 ekonomiska incitament. Nyttan av målbaserad ersättning är dock inte självklar bara för att det finns goda argument bakom utvecklingen. Frågan om målbaserad ersättning är bra eller dåligt kan därför bara besvaras på empirisk grund, dvs. genom utvärderingar. Det är också genom fler utvärderingar som vi kan få bättre kunskaper om hur målbaserad ersättning bör utformas i svensk hälso- och sjukvård.

Utifrån den analys som presenterats i rapporten finns det många frågor att besvara i samband med utformningen. Målbaserad ersättning är på så sätt ingen enkel lösning utan kräver en genomtänkt strategi. En nödvändig förutsättning för att lyckas är att man identifierat de problem man vill lösa. Det kräver i sin tur en kartläggning av utgångsläget. Utvecklingen av målbaserad ersättning ska också betraktas som en process där de mål och

¹⁶ En målbaserad ersättning som stimulerar fysisk aktivitet på recept (FaR) skulle t.ex. kunna utformas på detta sätt. Genom selektiva subventioner i form av exempelvis rabatt på gymkort skulle FaR kunna ge ekonomiska incitament till individer att påbörja fysisk aktivitet. Genom en målbaserad ersättning kan vårdgivare få ekonomiska incitament att rikta insatserna mot de individer som bäst behöver fysisk aktivitet.

ersättningar som ingår i programmen måste utvecklas i takt med förändringar i praxis. Utformningen av målbaserad ersättning kan därför komma att variera efter lokala förutsättningar. Allt utvecklingsarbete behöver dock inte göras lokalt. Det finns betydande samordningsvinster när det gäller att ta fram kunskapsstöd om mål och indikatorer samt vid utveckling av kvalitetsregister och uppföljningssystem. En samordning mellan det arbete som bäst kan göras på nationell nivå och det arbete som måste bedrivas lokalt är förmodligen viktigt för att målbaserad ersättning ska bli ett kostnadseffektivt tillskott i styrningen av svensk hälso- och sjukvård.

På sikt bör utformningen kunna fokusera på resultatmål och verklig patientnytta. Processmål kan uppnås på annat sätt 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. En målbaserad ersättning kan också användas i många olika sammanhang med skilda förutsättningar. 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 stöd för lokalt förbättringsarbete och en organisationskultur som främjar innovationer blir effekterna förmodligen mycket större än om resultatmålen införs isolerat.

En misslyckad användning av målbaserad ersättning leder i värsta fall 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 och kvalitén utifrån patienternas perspektiv 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 snarare än ett intresse för individuella patients behov. Men även om det finns risker med en fortsatt utveckling av målbaserad ersättning finns det också risker med att låta allt vara som tidigare. Med målbaserad ersättning finns förvisso risk för att fel enheter belönas eftersom de principer som utvecklas aldrig kommer att vara perfekta. Utan målbaserad ersättning kan man dock vara säker på att fel enheter belönas eftersom alla enheter får samma ersättning oavsett måluppfyllelse.

Referenser

- Alshamsan R., et al. (2010) Has pay for performance improved the management of diabetes in the United Kingdom? *Primary Care Diabetes*; doi:10.1016/j.pcd.2010.02.003.
- Anell A., (1990) *Från central planering till lokalt ansvar - Budgeteringens roll i landstingskommunal sjukvård*. Lund: IHE.
- Anell A., (1994) *Sjukhusens kontrakt*. Stockholm: SNS Förlag.
- Anell A., (2009) *Målrelaterad ersättning i primärvården – Kartläggning av mål och indikatorer och former för ersättningen hösten 2009*. Stockholm: SKL.
- Anell A., (2010) Choice and privatization in Swedish primary care. *Health Economics, Policy and Law*. doi:10.1017/S1744133110000216.
- Aschworth M., Medina J., Morgan M. (2008) Effect of social deprivation on blood pressure monitoring and control in England: a survey of data from the quality and outcomes framework. *BMJ*; 337:a2030 doi:10.1136/bmj.a2030.
- Bevilacqua C. M., Singh P. (2009) Pay for performance – panacea or pandorás box? Revisiting on old debate in the current economic environment. *Compensation & Benefits Review*; September/October: 20-26.
- Bhattacharyya T., et al. (2009) Measuring the report card: The validity of pay-for-performance metrics in orthopedic surgery. *Health Affairs*; 28(2): 526-532.
- Blomqvist Å., (1991): The doctor as a double agent: Information asymmetry, health insurance, and medical care. *Journal of Health Economics*; 10: 411-32.
- Blomqvist P., red. (2007) *Vem styr vården?* Stockholm: SNS Förlag.
- de Brantes F. S., D'Andrea B. G. (2009) Physicians respond to pay-for-performance incentives: Larger incentives yield greater

- participation. *The American Journal of Managed Care*; 15(5): 305-310.
- Briesacher B. A., Field T. S., Baril J., Gurwitz J. H. (2009) Pay-for-performance in Nursing Homes. *Health Care Financing Review*; 30(3): 1-13.
- Campbell S. M., McDonald R., Lester H. (2008) The experience of pay-for-performance in English family practice: A qualitative study. *Annals of Family Medicine*; 6(3): 228-234.
- Campbell S. M., et al. (2009) Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *New England Journal of Medicine*; 361: 368-78.
- Chen J. Y., et al. (2010) The effect of a PPO pay-for-performance program on patients with diabetes. *The American Journal of Managed Care*; 16(1): e11-e42.
- Chung S., et al. (2010) Does the frequency of pay-for-performance payment matter? Experience from a randomized trial. *Health Services Research*; 45(2): 553-564.
- Coleman K., Reiter K. L., Fulwiler D. (2007) The impact of pay-for-performance on diabetes care in a large network of community health centers. *Journal of Health care for the Poor and Underserved*; 18: 966-983.
- Conrad D. A., Perry L. (2009) Quality-based financial incentives in health care: Can we improve quality by paying for it? *The Annual Review of Public Health*; 30: 357-71.
- Crawley D., et al. (2009) Impact of pay for performance on quality of chronic disease management by social class group in England. *Journal of the Royal Society of Medicine*; 102: 103-107.
- Cristianson J. B., Leatherman S., Sutherland K. (2008) Lessons from evaluations of purchaser pay-for-performance programs: A review of the evidence. *Medical Care Research and Review*; 65: 5S-34S.
- Cromwell J., et al. (2007) Financial gains and risks in pay-for-performance bonus algorithms. *Health Care Financing Review*; 29(1): 5-14.
- Cutler D., (2002) Equality, efficiency and market fundamentals: The dynamics of international medical-care reform. *Journal of Economic Literature*; 40: 3: 881-906.
- Damberg C. L., et al. (2009) Taking stock of pay-for-performance: A candid assessment from the front lines. *Health Affairs*; 28(2): 517-525.

- Davidson G., Moscovice I., Resmus D. (2007) Hospital size, uncertainty, and pay-for-performance. *Health Care Financing Review*; 29(1): 45-57.
- Doran T., et al (2006) Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *New England Journal of Medicine*; 355(4): 375-84.
- Doran T., et al. (2008) Effects of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. *The Lancet*; 372: 728-736.
- Doran T., Fullwood C., et al. (2008) Exclusion of patients from pay-for-performance targets by English physicians. *New England Journal of Medicine*; 359: 274-284.
- Dranove D., White W.D. (1987) Agency and the Organization of Health Care Delivery. *Inquiry*; 24: 405-15.
- Devlin R. A., Sarma S. (2008) Do physicians remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians. *Journal of Health Economics*; 27: 1168-1181.
- Elliot-Smith A., Morgan M. A. J. (2010) How do we compare? Applying UK pay for performance indicators to an Australian general practice. *Australian Family Physician*; 39(1): 43-48.
- Felt-Lisk S., Gimm G., Peterson S. (2007) Making pay-for-performance work in Medicaid. *Health Affairs*; 26(4): w516-w527.
- Frey B. S. (1997) On the relationship between intrinsic and extrinsic work motivation. *International Journal of Industrial Organization*; 15: 427-39.
- Frølich A., Talavera J. A., Broadhead P., Dudley R. A. (2007) A behavioral model of clinician responses to incentives to improve quality. *Health Policy*; 80: 179-193.
- Garcia-Caban I. A., (2010) Pay-for-performance: Quality programs at the crossroads. *Journal for Healthcare Quality*; 32(1): 3-7.
- Gemmel I., et al. (2009) Assessing workload in general practice in England before and after the introduction of the pay-for-performance contract. *Journal of Advanced Nursing*; 65(3) 509-515.
- Gerdtham U. G., Löthgren M., Tambour M., Rehnberg C. (1999) Internal markets and health care efficiency: a multiple-output stochastic frontier analysis. *Health Economics*; 8(2): 151-64.

- Glenngård A. H., Anell A. (2010) Resultat från befolkningsenkät ”En studie om vårdval i primärvården i Landstinget Halland, Västra Götalandsregionen och Region Skåne”.
- Gosden T., Williams J., Petchey R., Leese B., Sibbad B. (2002) Salaried contracts in UK general practice: a study of job satisfaction and stress. *Journal of Health Services Research and Policy*; 7(1): 26-33.
- Gosden T., et al. (2003) Paying doctors by salary: a controlled study of general practitioner behaviour in England. *Health Policy*; 64: 415-23.
- Gosden T., et al (2004): Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database Systematic Review*, Issue 2, The Cochrane Library.
- Gravelle H., Sutton M., Ma A. (2010) Doctor behaviour under a pay for performance contract: Treating, cheating and case finding? *The Economic Journal*; 120: F129-F156.
- Griffiths P., et al. (2010) Nurse staffing and quality of care in UK general practice: cross-sectional study using routinely collected data. *British Journal of General Practice*; January:e36-e48.
- Guthrie B., Emslie-Smith A., Morris A. D. (2009) Which people with Type 2 diabetes achieve good control of intermediate outcomes? Population database study in a UK region. *Diabetic Medicine*; 26: 1269-1276.
- Hirth R. A., et al. (2009) Provider monitoring and pay-for-performance when multiple providers affect outcomes: An application to renal dialysis. *Health Services Research*; 44(5): 1585-1602.
- Heath I., et al. (2009) Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity. *BMJ*; 338: 911-913.
- Institute of Medicine (2001) *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the Twenty-first Century*. Washington: National Academy Press.
- Institute of Medicine (2006) *Rewarding provider performance: Aligning incentives in Medicare*. Washington, DC: National Academy Press.
- Iversen T., Lurås H. (2000) The effect of capitation on GPs' referral decisions. *Health Economics*; 9: 199-210.

- Jacobsson F., (2007) *Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvården*. CMT Rapport 2007:2, Linköping: Linköpings universitet.
- Jacobsson F., (2008) *Mål och mått. En dokumentation och utvärdering av en resultatbaserad ersättning inom primärvården*. CMT Rapport 2008:6, Linköpings universitet.
- Jensen M., Meckling W. (1976) Theory of the firm: managerial behaviour, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics*; 3: 305-60.
- Jegers M., et al. (2002) A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy*; 60: 255-73.
- Jonsson E., (1994) *Har den s.k. Stockholmsmodellen genererat mer vård för pengarna?* Stockholm: IKE.
- Jonsson E., (1995) *Har den s.k. Dala- respektive Örebromodellen genererat mer vård för pengarna?* Stockholm: Landstingsförbundet.
- Krasnik A., Groenewegen P. P., Pedersen P. A., Scholten P., Mooney G., Gottschau A., Flierman H. A., Damsgaard M. T. (1990) Changing remuneration systems: Effects on activity in general practice. *BMJ*; 360: 1698-1701.
- Lamarche P.A., et al. (2003) Choices for change: *The path for restructuring primary healthcare Services in Canada*. Canadian Health Services Research Foundation (www.chrsf.ca).
- Le Grand J., (2003) *Motivation, agency, and public policy. Of knights & knaves, pawns & queens*. New York: Oxford University Press.
- Le Grand J., (2007) *The other invisible hand. Delivering public services through choice and competition*. Princeton: Princeton University Press
- Levay C., (2010) Öppen redovisning av sjukvårdens kvalitet: Förhoppningar, utmaningar och vägen framåt. I Anell A, Gerdtham U-G. *Vårdens utmaningar*. Stockholm: SNS Förlag.
- Mannion R., Goddard M, Bate A. (2007) Aligning incentives and motivation in health care: The case of earned autonomy. *Financial Accountability & Management*; 23(4): 401-420.
- Maisey S., et al. (2008) Effects of payment for performance in primary care: qualitative interview study. *Journal of Health Services Research & Policy*; 13(3): 133-139.

- Majeed A., Bindman A.B., Weiner J.P. (2001) Use of risk adjustment in setting budgets and measuring performance in primary care I: how it works. *BMJ*; 323: 604-607.
- McDonald R., Roland M. (2009) Pay for performance in primary care in England and California: Comparison on unintended consequences. *Annals of Family Medicine*; 7(2): 121-127.
- McNair P. D., Luft H. S., Bindman A. B. (2009) Medicare's policy not to pay for treating hospital-acquired conditions: The impact. *Health Affairs*; 28(5): 1485-1497.
- Mehrotra A., Damberg C. L., Sorbero M. E. S., Teleki S. S. (2009) Pay for performance in the hospital setting: What is the state of the evidence? *American Journal of Medical Quality*; 24(1): 19-28.
- Melichar L., (2009) The effect of reimbursement on medical decision making: Do physicians alter treatment in response to a managed care incentive? *Journal of Health Economics*; 28: 902-907.
- Meyer C. M., Ladenson P. W., Scharfstein J. A., Danese M. D., Powe N. R. (2000) Evaluation of common problems in primary care: effects of physician, practice, and financial characteristics. *American Journal of Managed Care*; 6(4): 457-69.
- Millet C., et al. (2007) Impact of a pay-for-performance incentive on support for smoking cessation and on smoking prevalence among people with diabetes. *CMAJ*; 176(12): 1705-1710.
- Mullen K. J., Frank R. G., Rosenthal M. B. (2010) Can you get what you pay for? Pay-for performance and the quality of healthcare providers. *RAND Journal of Economics*; 41(1): 64-91.
- OECD (2009) *OECD Health Data*. Paris: OECD.
- Olsson B.S., Kullberg M., Landgren M. (2010) Förbättrad hjärtviktsvård med Q-svikt. *Läkartidningen*; 37(107): 2154-2157.
- Paulsson G., (2009) *Den politiska viljan och verksamheten – En studie av de politiska beslutens inverkan på verksamheten*. Stockholm: SKL.
- Pearson S. D., et al. (2008) The impact of pay-for-performance on health care quality in Massachusetts, 2001-2003. *Health Affairs*; 27(4): 1167-1176.

- Petersen L. A., et al. (2006) Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Annals of Internal Medicine*; 145(4): 265-72.
- Petersen L. A., et al. (2009) Will hypertension performance measures used for pay-for-performance programs penalize those who care for medically complex patients? *Circulation*; 119: 2978-2985.
- Porter M. E., Teisberger E. O. (2006) *Redefining health care. Creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business School Press.
- Reeves D., et al. (2010) How to identify when a performance indicator has run its course. *BMJ*; 340:c1717.
- Robinson J. C. (2001) Theory and practice in the design of physician payment incentives. *The Milbank Quarterly*; 79(2): 149-77.
- Robinson J. C., Williams T., Yanagihara D. (2009) Measurement of and reward for efficiency in California's pay-for-performance program. *Health Affairs*; 28(5): 1438-1447.
- Roos P., (1985) *Produktions-, kostnads- och produktivitetsutvecklingen inom offentligt bedriven hälso- och sjukvård 1960-1980*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Stockholm. Finansdepartementet.
- Rosen A. K., et al. (2003) Applying a risk-adjustment framework to primary care: can we improve on existing measures. *Annals of Family Medicine*; 1(1): 44-51.
- Rosenthal M. B., Frank R. G. (2006) What is the empirical basis for paying for quality in health care? *Medical Care Research and Review*; 63(2): 135-57.
- Rosenthal M. B., et al. (2007) Climbing up the pay-for-performance learning curve: Where are the early adopters now? *Health Affairs*; 26(6): 1674-1682.
- Ryan A. M., et al. (2009) The relationship between Medicare's process of care quality measures and mortality. *Inquiry*; 46: 274-290.
- Ryan A., (2009) Effects of the premier hospital quality incentive demonstration on Medicare patient mortality and costs. *Health Services Research*; 44(3): 821-842.
- Scheller-Kreinsen D., Geissler A., Busse R. (2009) The ABC of DRG. *Euro Observer*; 11(4): 1-5.

- Scott A., (2000) Economics of general practice. In Culyer AJ, Newhouse JP. Eds. *Handbook of Health Economics, Volume 1*. Elsevier Science.
- Scott I., (2009) What are the most effective strategies for improving quality and safety of health care? *Internal Medicine Journal*; 39: 389-400.
- Simoens S., Giuffrida A. (2004) The impact of physician payment methods on raising the efficiency of the healthcare system. An international comparison. *Applied Health Economics and Health Policy*; 3(1): 39-46.
- SKL (2009) *Pay for performance – resultatbaserad ersättning: en litteraturöversikt*. Stockholm: SKL.
- SOU (2009:11) *En nationell cancerstrategi för framtiden*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOSFS (2005:12) *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Spri (1987) *Kvalitetssäkring – att mäta, värdera och utveckla sjukvårdens kvalitet*. Sprirapport 230. Stockholm: Spri och ESO.
- Straube B., Blum J. D. (2009) The policy on paying for treating hospital-acquired conditions: CMS officials respond. *Health Affairs*; 28(5): 1494-1497.
- Sutton M., et al. (2010) Record rewards: The effects of targeted quality incentives on the recording of risk factors by primary care providers. *Health Economics*; 19: 1-13.
- Sørensen R. J., Grytten J. (2003) Service production and contract choice in primary physician services. *Health Policy*; 3: 151-157.
- Vina E. R., et al. (2008) Relationship between organizational factors and performance among pay-for-performance hospitals. *Journal of General Internal Medicine*; 24(7): 833-840.
- Volpp K. G., et al. (2009) P4P4P: An agenda for research on pay-for-performance for patients. *Health Affairs*; 28(1): 206-214.
- Werner R. M., Dudley R. A. (2009) Making the 'pay' matter in pay-for-performance: Implications for payment strategies. *Health Affairs*; 28(5): 1498-1508.

Förteckning över tidigare rapporter till ESO

2010

- En kår på rätt kurs? En ESO-rapport om försvarets framtida kompetensförsörjning.
- Beskattning av privat pensionssparande.
- Polisens prestationer – En ESO-rapport om resultatstyrning och effektivitet.
- Swedish Tax Policy: Recent Trends and Future Challenges.
- Statliga bidrag till kommunerna – i princip och praktik.
- Revisionen reviderad – en rapport om en kommunal angelägenhet.

2009

- Den långsiktiga finansieringen – välfärdspolitikens klimatfråga?
- Regelverk och praxis i offentlig upphandling.
- Invandringen och de offentliga finanserna.
- Fyra dyra fonder? Om effektiv förvaltning och styrning av AP-fonderna.
- Lika skola med olika resurser? En ESO-rapport om likvärdighet och resursfördelning.
- En kår i kläm – Läraryrket mellan professionella ideal och statliga reform ideologier.

2003

- Skolmisslyckande - hur gick det sen?
- Politik på prov – en ESO-rapport om experimentell ekonomi.

- Precooking in the European Union - the World of Expert Groups.
- Förtjänst och skicklighet – om utnämningar och ansvarsutkrävande av generaldirektörer.
- Bostadsbyggandets hinderbana – en ESO-rapport om utvecklingen 1995 – 2001.
- Axel Oxenstierna – Furstespegel för 2000-talet.

2002

- "Huru skall statsverket granskas?" - Riksdagen som arena för genomlysning och kontroll.
- What Price Enlargement? implications of an expanded EU.
- Den svenska sjukan - sjukfrånvaron i åtta länder.
- Att bekämpa mul- och klövsjuka en ESO-rapport om ett brännbart ämne.
- Lärobok för regelnissar - en ESO-rapport om regelhantering vid avregleringar.
- Att hålla balansen - en ESO-rapport om kommuner och budgetdisciplin.
- The School's Need for Resources - A Report on the Importance of Small Classes.
- Klassfrågan - en ESO-rapport om lärartätheten i skolan.
- Staten fick Svarte Petter - en ESO-rapport om bostadsfinansieringen 1985-1993.
- Hoten mot kommunerna - en ESO-rapport om ansvarsfördelning och finansiering i framtiden.

2001

- Mycket väsen för lite ull - en ESO-rapport om partnerskapen i de regionala tillväxtavtalen.
- I rikets tjänst - en ESO-rapport om statliga kårer.
- Rättvisa och effektivitet - en ESO-rapport om idéanalys.
- Nya bud - en ESO-rapport om auktioner och upphandling.
- Betyg på skolan - en ESO-rapport om gymnasieskolorna.
- Konkurrens bildar skola - en ESO-rapport om friskolornas betydelse för de kommunala skolorna.
- Priset för ett större EU - en ESO-rapport om EU:s utvidgning.

2000

- Att granska sig själv - en ESO-rapport om den kommunala miljötillsynen.
- Bra träffbild, fast utanför tavlan - en ESO-rapport om EU:s strukturpolitik.
- Utbildningens omvägar - en ESO-rapport om kvalitet och effektivitet i svensk utbildning.
- En svartvit arbetsmarknad? - en ESO-rapport om vägen från skola till arbete.
- Privilegium eller rättighet? - en ESO-rapport om antagningen till högskolan
- Med många mått mätt - en ESO-rapport om internationell benchmarking av Sverige.
- Kroppen eller knoppen? - en ESO-rapport om idrotts-gymnasierna.
- Studiebidraget i det långa loppet.
- 40-talisternas uttåg - en ESO-rapport om 2000-talets demo-grafiska utmaningar.

1999

- Dagens och drivkrafter - en ESO-rapport om 2000-talets demografiska utmaningar.
- Återvinning utan vinning - en ESO-rapport om sopor.
- En akademisk fråga - en ESO-rapport om rankning av C-uppsatser.
- Hederlighetens pris - en ESO-rapport om korruption.
- Samhällets stöd till de äldre i Europa - en ESO-rapport om fördelningspolitik och offentliga tjänster.
- Regionalpolitiken - en ESO-rapport om tro och vetande.
- Att snubbla in i framtiden - en ESO-rapport om statlig omvandling och avveckling.
- Att reda sig själv - en ESO-rapport om rederier och subventioner.
- Bostad sökes - en ESO-rapport om de hemlösa i folkhemmet.
- Med backspegeln som kompass - om svensk musikexport 1974 – 1999.
- Med backspegeln som kompass - om stabiliseringspolitiken som läroprocess.

1998

- Staten och bolagskapitalet - om aktiv styrning av statliga bolag.
- Kommittéerna och bofinken - kan en kommitté se ut hur som helst?
- Regeringskansliet inför 2000-talet - rapport från ett ESO-seminarium.
- Att se till eller titta på - om tillsynen inom miljöområdet.
- Arbetsförmedlingarna - mål och drivkrafter.
- Kommuner Kan! Kanske! - om kommunal välfärd i framtiden.
- Vad kostar en ren? - en ekonomisk och politisk analys.

1997

- Fisk och Fusk - Mål, medel och makt i fiskeripolitiken.
- Ramar, regler, resultat - vem bestämmer över statens budget?
- Lönar sig arbete?
- Egenföretagande och manna från himlen.
- Jordbruksstödet - efter Sveriges EU-inträde.

1996

- Kommunerna och decentraliseringen - Tre fallstudier.
- Novemberrevolutionen - om rationalitet och makt i beslutet att avreglera kreditmarknaden 1985.
- Kan myndigheter utvärdera sig själva?
- Nästa steg i telepolitiken.
- Reglering som spel - Universiteten som förebild för offentliga sektorn?
- Hur effektivt är EU:s stöd till forskning och utveckling? - En principdiskussion.

1995

- Kapitalets rörlighet Den svenska skatte- och utgiftsstrukturen i ett integrerat Europa.
- Generationsräkenskaper.
- Invandring, sysselsättning och ekonomiska effekter.
- Hushållning med knappa naturresurser Exemplet sportfiske.

- Kostnader, produktivitet och måluppfyllelse för Sveriges Television AB.
- Vad blev det av de enskilda alternativen? En kartläggning av verksamheten inom skolan, vården och omsorgen.
- Hushållning med knappa naturresurser Exempen allemansrätten, fjällen och skotertrafik i naturen.
- Företagsstödet Vad kostar det egentligen?
- Försvarets kostnader och produktivitet.

1994

- En effektiv försvarspolitik? Fredsvinst, beredskap och återtagning.
- Skatter och socialförsäkringar över livsrytmen En simuleringsmodell.
- Nettokostnader för transfereringar i Sverige och några andra länder.
- Fördelningseffekter av offentliga tjänster.
- En Social Försäkring.
- Valfrihet inom skolan Konsekvenser för kostnader, resultat och segregation.
- Skolans kostnader, effektivitet och resultat En branschstudie.
- Bensinskatteförändringens effekter.
- Budgetunderskott och statsskuld Hur farliga är de?
- Den svenska insolvensrätten Några förslag till förbättringar inom konkurshandlingen m.m.
- Det offentliga stödet till partierna Inriktning och omfattning.
- Den offentliga sektorns produktivitet utveckling 1980 – 1992.
- Kvalitet och produktivitet - Teori och metod för kvalitetsjustering produktivitetsmått.
- Kvalitets- och produktivitet utvecklingen i sjukvården 1960 – 1992.
- Varför kulturstöd? Ekonomisk teori och svensk verklighet.
- Att rädda liv Kostnader och effekter.

1993

- Idrott åt alla? Kartläggning och analys av idrottsstödet.

- Social Security in Sweden and Other European Countries Three Essays.
- Lönar sig förebyggande åtgärder? Exempel från hälso- och sjukvården och trafiken.
- Hur välja rätt investeringar i transportinfrastrukturen?
- Presstödet effekter en utvärdering.

1992

- Statsskulden och budgetprocessen.
- Press och ekonomisk politik tre fallstudier.
- Kommunerna som företagsägare - aktiv koncernledning i kommunal regi.
- Slutbudsmetoden ett sätt att lösa tvister på arbetsmarknaden utan konflikter.
- Hur bra är vi? Den svenska arbetskraftens kompetens i internationell belysning.
- Statliga bidrag motiv, kostnader, effekter?
- Vad vill vi med socialförsäkringarna?
- Fattigdomsfällor.
- Växthuseffekten slutsatser för jordbruks-, energi- och skattepolitiken.
- Frihandeln ett hot mot miljöpolitiken eller tvärtom?
- Skatteförmåner och särregler i inkomst- och mervärdesskatten.

1991

- SJ, Televerket och Posten bättre som bolag?
- Marginaleffekter och tröskeeffekter barnfamiljerna och barnomsorgen.
- Ostyriga projekt att styra stora kommunala satsningar.
- Prestationsbaserad ersättning i hälso- och sjukvården vad blir effekterna?
- Skogspolitik för ett nytt sekel.
- Det framtida pensionssystemet två alternativ.
- Vad kostar det? Prislista för statliga tjänster.
- Metoder i forskning om produktivitet och effektivitet med tillämpningar på offentlig sektor.
- Målstyrning och resultatuppföljning i offentlig förvaltning.

1990

- Läke-medelsförmånen.
- Sjukvårdskostnader i framtiden vad betyder åldersfaktorn?
- Statens dolda kapital. Aktivt ägande: exemplet Vattenfall.
- Skola? Förskola? Barnskola?
- Bostadskarriären som en förmögenhetsmaskin.

1989

- Arbetsmarknadsförsäkringar.
- Hur ska vi få råd att bli gamla?
- Kommunal förmögenhetsförvaltning i förändring – city-kommunerna Stockholm, Göteborg och Malmö.
- Bostadsstödet - alternativ och konsekvenser.
- Produktivitetmätning av folkbibliotekens utlåningsverksamhet.
- Statsbidrag till kommuner: allt på en check eller lite av varje? En jämförelse mellan Norge och Sverige.
- Vad ska staten äga? De statliga företagen inför 90-talet.
- Beställare-utförare - ett alternativ till entreprenad i kommuner.
- Lönestrukturen och den "dubbla obalansen" - en empirisk studie av löneskillnader mellan privat och offentlig sektor.
- Hur man mäter sjukvård - exempel på kvalitet- och effektivitetmätning.

1988

- Vad kan vi lära av grannen? Det svenska pensionssystemet i nordisk belysning.
- Kvalitet och kostnader i offentlig tjänsteproduktion.
- Alternativ i jordbrukspolitiken.
- Effektiv realkapitalanvändning i kommuner och landsting.
- Hur stor blev tvåprocentaren? Erfarenheten från en besparings-teknik.
- Subventioner i kritisk belysning.
- Prestationer och belöningar i offentlig sektor.
- Produktivitet utveckling i kommunal barnomsorg.
- Från patriark till part - spelregler och lönepolitik för staten som arbetsgivare.
- Kvalitetsutveckling inom den kommunala barnomsorgen.

1987

- Integrering av sjukvård och sjukförsäkring.
- Produktkostnader för offentliga tjänster - med tillämpningar på kulturområdet.
- Kvalitetsutvecklingen inom den kommunala äldreomsorgen 1970-1980.
- Vägar ut ur jordbruksregleringen - några idéskisser.
- Att leva på avgifter - vad innebär en övergång till avgiftsfinansiering?

1986

- Offentliga utgifter och sysselsättning.
- Produktions-, kostnads-, och produktivitetsutveckling inom den offentliga finansierade utbildningssektorn 1960-1980.
- Socialbidrag. Bidragsmottagarna: antal och inkomster. Socialbidragen i bidragssystemet.
- Regler och teknisk utveckling.
- Kostnader och resultat i grundskolan - en jämförelse av kommuner.
- Offentliga tjänster - sökarljus mot produktivitet och användare.
- Svensk inkomstfördelning i internationell jämförelse.
- Byråkratiseringstendenser i Sverige.
- Effekter av statsbidrag till kommuner.
- Effektivare sjukvård genom bättre ekonomistyrning.
- Samhällsekonomiskt beslutsunderlag - en hjälp att fatta bättre beslut.
- Produktions-, kostnads- och produktivitetsutveckling inom armén och flygvapnet 1972-1982.

1985

- Egen regi eller entreprenad i kommunal verksamhet - möjligheter, problem och erfarenheter.
- Sociala avgifter - problem och möjligheter inom färdtjänst och hemtjänst.
- Skatter och arbetsutbud.
- Produktions-, kostnads- och produktivitetsutveckling inom vägsektorn.

- Organisationer på gränsen mellan privat och offentlig sektor – förstudie.
- Frivilligorganisationer alternativ till den offentliga sektorn?
- Transfereringar mellan den förvärvsarbetsande och den äldre generationen.
- Produktions-, kostnads- och produktivitetens utveckling inom den sociala sektorn 1970-1980.
- Produktions-, kostnads- och produktivitetens utveckling inom offentligt bedriven hälso- och sjukvård 1960-1980.
- Statsskuldräntorna och ekonomin effekter på den samlade efterfrågan i samhället.

1984

- Återkommande kostnads- och prestationsjämförelser - en metod att främja effektivitet i offentlig tjänsteproduktion.
- Parlamentet och statsutgifterna hur finansmakten utövas i nio länder.
- Transfereringar och inkomstskatt samt hushållens materiella standard.
- Marginella expansionsstöd ekonomiska och administrativa effekter.
- Är subventioner effektiva?
- Konstitutionella begränsningar i riksdagens finansmakt - behov och tänkbara utformningar.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 4. Budgetunderskott, utlandsupplåning och framtida konsumtionsmöjligheter. Budgetunderskott, efterfrågan och inflation.
- Vem utnyttjar den offentliga sektorns tjänster.

1983

- Administrationskostnader för våra skatter.
- Fördelningseffekter av kommunal barnomsorg.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 3. Budgetunderskott, portföljeval och tillgångsmarknader. Modellsimuleringar av offentliga besparingar m.m.
- Produktivitet i privat och offentliga tandvård.
- Generellt statsbidrag till kommuner – modellskisser.

- Administrationskostnader för några transfereringar.
- Driver subventioner upp kostnader - prisbildningseffekter av statligt stöd.
- Minskad produktivitet i offentlig sektor - en studie av patent- och registreringsverket.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 2. Fördelningseffekter av budgetunderskott. Hushållsekonomi och budgetunderskott.
- Enhetligt barnstöd? några variationer på statligt ekonomiskt stöd till barnfamiljer.
- Staten och kommunernas expansion några olika styrmedel.

1982

- Ökad produktivitet i offentlig sektor - en studie av de allmänna domstolarna.
- Offentliga tjänster på fritids-, idrotts- och kulturområdena.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 1. Budgetunderskottens teori och politik. Statens budgetfinansiering och penningpolitiken.
- Inkomstomfördelningseffekter av livsmedelssubventioner.
- Perspektiv på besparingspolitiken.