

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

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

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

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

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

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

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

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

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

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

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

kommentar:

Vården är inte en normal tjänstemarknad

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REFERENSER

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