

PAYMENT FOR PERFORMANCE

FAKTA Payment for performance – två projekt i Sverige

- Projekten är riktade mot behandlingen av diabetes typ 2 och hjärtsvikt, främst i primärvården. Tanken är att med ekonomiska incitament stimulera till bättre behandlingsresultat, bland annat genom att öka användningen av Riksvikt och Nationella Diabetesregistret. Ett syfte är också att skapa ett underlag för en diskussion kring vårdens ersättningsystem.
- Deltagande vårdenheter kan, utöver ordinarie ersättning, få maximalt 50 000 kr/år i bonus beroende på uppnådda behandlingsmål i förhållande till kvalitetsindikatorer – exempelvis besöksfrekvens och målvården – men också för registrering och deltagande i kvalitetsregister. Indikatorerna skall tas fram av en lokal pro-

jektgrupp tillsammans med en expertgrupp.

- Projekten är tänkta att löpa över tre år. Det ena är lokaliserat till nordöstra Skåne, det andra kommer förmodligen att placeras i Stockholmsregionen. Totalt beräknas 60 vårdenheter – privata och offentliga – delta: två sjukhuskliniker och resten vårdcentraler.
- Payment for performance förekommer i Storbritannien och USA. Idén att testa modellen i Sverige lanserades av Lif under de branschsamtal som den tidigare regeringen initierade. Samtalen var ett led i målet att göra Sveriges ekonomi till Europas mest konkurrenskraftiga, dynamiska och kunskapsbaserade.

Källor: Lif, projektplaner samt Bodil Ericsson, SKL.

Handlar det inte bara om att ni vill att vården skall förskrivna fler läkemedel?

– Nej, projekten handlar om att förbättra alla delar av vården. Men om vården mäts på kvalitet i form av behandlingsresultat finns även en morot för industrin att ta fram bättre mediciner. Dessutom kan samarbetet mellan vården, industrin och akademien i förlängningen stimuleras.

Få lär ha invändningar mot att kvaliteten i vården ökar. Men går det att mäta kvalitet på ett adekvat och rättvist sätt?

– Det är förstås den svaga punkten. Här finns en risk för »gaming« som man sett i England, men också för att områden som inte mäts nedprioriteras, säger Bo Lindblom.
– Nyckelfrågan är hur god vård definieras. Det kan handla om sådant som patientsäkerhet, jämlikhet och effektivitet. Jag tror att kvalitet måste mätas mångdimensionellt. Men något enkelt koncept finns inte och all fokus på kvalitet just nu framstår som något slags religion.

Dessutom betvivlar Lindblom

att satsningar på kvalitet och effektivitet räcker för att överbrygga gapet mellan vad som kan göras inom vården och vad samhället har råd med. Men den andra lösningen, att prioritera och begränsa vården, är politiskt svårare att gå fram med, anser han.

Tillkomsten av nationella register är ett led i denna strävan efter kvalitet och effektivitet. Men vilka belägg finns för att registren förbättrar behandlingen?

Ur Socialstyrelsens lägesrapport för hälso- och sjukvården 2006

»Här i Borås vill man införa en regel att ingen patient får ha längre läkartid än 30 minuter. Orsaken till detta är i första hand ekonomisk, det gäller att få in pengar till vårdcentralen, och då får det medicinska innehållet i vården tyvärr stryka på foten. En 70-årig deprimerad kvinna som gör en timmes förstagångsbesök i primärvården genererar i Västra Götaland en inkomst till vårdcentralen på 350 kronor. En enkel provtagning att göra i denna ålder för vanliga somatiska sjukdomar såsom hypo-

– Det är svårt att säga. Vi kan ju inte göra några randomiserade studier, säger Lars Wallentin, kardiologiprofessor i Uppsala och ansvarig för Riks-HIA. Men arbets sättet ute på klinikerna har förändrats, särskilt sedan registret blev öppet. Och under RiksHIAs tio år har dödligheten på sjukhusen efter en hjärtinfarkt halverats. De sjukhus som arbetar aktivt med registren har lägre dödlighet.



Lars Wallentin, kardiologiprofessor.

Hur bonusen i P4P-projekten – maximalt 50 000 kronor per år – fördelas får varje vårdenhet själv avgöra, enligt Bodil Ericsson.

Är det rimligt att läkare får extra betalt för att göra sitt jobb?

– Det finns ackordlösningar på hela arbetsmarknaden. Skillnaden för oss i vården är att det riskerar att gå ut över patienterna. Därför är det avgörande att effekterna av nya modeller utvärderas, säger Eva Nilsson Bågenholm, Sveriges läkarförbund.

Björn Ramel

Möjligt för sjukhus ta över läkemedelsdistributionen

Sjukhusen behöver inte längre köpa läkemedel via Apoteket AB. Det är det troliga beskedet från delbetänkandet om sjukhusapoteken, som presenterades av apoteksmarknadsutredningen den 27 augusti, efter denna tidnings pressläggning. Från den 1 juli 2008 blir det möjligt för sjukhusen att vända sig till vilken leverantör man vill för att sköta distributionen av läkemedel till slutenvården, enligt uppgifter i medierna. I dag ligger dessa inköp på cirka fem miljarder kronor årligen.

Anders Dahlqvist, ordförande i Läkarförbundets läkemedelsråd, välkomnar konkurrensbeskedet för att det ger förutsättningar för andra att komma in på marknaden. Ändå tror han inte att beslutet får så stora konsekvenser.

– Man måste släppa marknaden fri. Nu blir det möjligt för landstingen själva att driva sjukhusapotek. Med den regionalisering som sker kan det också bli aktuellt med samverkan mellan t ex större sjukhus, säger Dahlqvist. ■

Apoteket AB ökade resultatet

Första halvåret 2007 ökade Apotekets rörelseresultat till 330 miljoner kronor, en ökning med 170 miljoner kronor jämfört med samma period förra året. Försäljningen av egenvårdsprodukter ökade med 12,7 procent och den avtalsbaserade försäljningen till landsting och kommuner med 12,1 procent. ■

Hjärnforskningsinstitut invigs

Den här veckan invigs Stockholm Brain Institute (SBI). Institutet ska bedriva forskning inom kognitiv neurovetenskap och biologisk beräkningslära via modern hjärnabildningsteknik och avancerad matematisk modellering. Dessutom har man tillgång till databanker, t ex Tvillingregistret. Framför allt fokuseras på lärande och minne, agerande och känsel samt emotioner. Detta ska studeras utifrån utveckling och åldrande, könsskillnader samt sjukdomar i hjärnan. Målet är att utveckla biomarkörer för diagnostik samt nya behandlingsprinciper. Tio svenska forskargrupper är knutna till SBI, som är ett samarbete mellan Karolinska institutet, Tekniska Högskolan och Stockholms universitet. ■