

Ekonomisk styrning

Jan Tullberg och Hans De Geer

En rapport – nummer 7 - inom delområdet ”Praktik, etik och ekonomi”.

Rapporten ingår i studien ”En gemensam angelägenhet – Hälsa- och sjukvårdens Värdegrund i Stockholms läns landsting.”

29 januari 2007

Inledning och disposition

Denna delstudie analyserar effekterna av ekonomisk styrning på verksamheten. Det empiriska underlaget är huvudsakligen de fyra kliniker som vi följt sedan 2003-2004 till 2006-2007.

Detta har kompletterats med intervjuer av tjänstemän vid beställarfunktionen. Vår ambition är primärt att ge en deskriptiv bild av landstingets verksamhet genom dessa fallstudier. Detta kan ses som en fragmentarisk bild, men den kan visa på ett mönster som överensstämmer med en rad andra kliniker. Kan den ekonomiska styrning förbättras?

I ett första avsnitt görs en presentation av de olika klinikerna. Vi beskriver de nuvarande (2006) ekonomiska riktlinjerna men också de regler som gällde när vi påbörjade vår studie 2-3 år tidigare. Detta för att belysa de förändringar som ägt rum vid respektive klinik.

- Primärvårdskliniken
- Specialistkliniken
- Geriatrikkliniken
- Kirurgkliniken

I ett andra avsnitt diskuterar vi ekonomistyrningen mer generellt och i ett framåtriktat perspektiv. Underrubriker i denna del är:

- Från kostnad till resultat
- Process och struktur
- Produktivitet och effektivitet
- Beställarstrategi

1 Erfarenhet från klinikerna

1.1 Vårdcentralen

En övergripande bedömning av vårdcentralen är att den inte är hårt styrd från centrala instanser utan i hög grad driver egna initiativ. Om ett önskemål är att skapa möjligheter till lokalt initierade förändringar är detta ett intressant exempel. Man har både organisatoriska och ekonomiska möjligheter att genomföra förändringar och man utnyttjar dessa. Genom framgång för olika förändringsprojekt skapas en positiv inställning till ytterligare projekt, så man upprätthåller en förändringsbenägenhet och en positiv inställning till den egna enheten.

Ersättning för listade personer eller för besök?

Vårdcentralen har sin huvudsakliga intäkt efter antalet listade patienter, det som kallas kapitering. Mindre intäkter kommer från besöksavgifter, de som är folkbokförda (för dödsattester mm) samt en kvalitetsbonus. Kapiteringsbeloppet är differentierat i två dimensioner. Den ena är att äldre listade personer viktas upp: 65 till 75 år ger en dubbelt så stor standardintäkt; och de över 75 år ger ett ytterligare lika stort tilläggsbelopp. Den andra differentieringen är enligt en social variabel. En generell erfarenhet är att områden med en hög andel arbetslösa och invandrare skapar en större arbetsbörda för berörd vårdcentralen. Denna vårdcentral har ett socialt svårt område vilket leder till en hög listningsinkomst som ger möjlighet till en hygglig ekonomi när man nu en har god ordning på verksamheten. Skillnader mellan olika vårdcentraler är stor vad gäller differentiering i listningsbelopp per person, och det finns centrala beslut att dessa skillnader skall fasas ut. Vad som är dyrbara patienter och vad som är en mindre effektiv organisation är inte helt lätt att särskilja. Utjämnningen i listningsersättning innebär rimligen en press på den listningspeng denna vårdcentral kommer att få.

Det finns dock en annan aviserad förändring som är mer kontroversiell. Sedan flera år finns en strävan att minska den fasta ersättningen och öka den rörliga – ersättning per besök. Chefläkaren var kritisk mot den nya ersättningen med mer per besök och mindre per listad. Alla ersättningssystem går att manipulera. Besöksersättning riskerar att öka efterfrågan/produktion utan att öka motsvarande nytta; ”det gäller att få politikerna att förstå att *ej* gynna produktionen”. Den bedömningen har ett starkt stöd från de övriga vid vårdcentralen. Ett påstående att kapiteringen är den rimligaste grunden fick ett instämmande på 89 p, medan besök som den rimligaste grunden endast fick ett instämmande på 37 p. (Siffran visar på det genomsnittliga instämmandet enligt en skala med sex steg och maximal 100 p).

Många påtalar möjligheten att manipulera antalet besök genom att generera kontrollbesök som tar obetydlig tid, men också genererar obetydlig nytta. Men det finns också ett problem med ineffektiva läkare. Att en läkare har ett lågt antal besök indikerar inte nödvändigtvis svåra patienter eller en omsorgsfull diagnos. Kan man differentiera patientunderlaget tycks det inte orimligt att också kunna differentiera besöken. Därför framfördes i enkäten ett förslag om att differentiera besöksersättningen genom en klassning i tre grupper - enkla, medel, svåra. Det förslaget fick ett instämmande på 61 p vilket kan tolkas som en avvaktande uppmuntran.

Ett annat påstående om att det är omöjligt att hitta ett rättvisande sätt fick ett instämmande på 55 p. Detta motiverar en viss ödmjukhet inför uppgiften att hitta en bra intäktmodell, men det

visar också en acceptans för att vissa svagheter är oundvikliga. Om man arbetar hårt med kostnadssidan så underlättas detta av att man har en fungerande intäktssida. Annars blir effekten den destruktiva att ju mindre verksamhet man utför desto bättre, då detta implicerar lägre kostnader.

Kvalitetsrelaterad ersättning

Den kvalitetsrelaterade ersättningen är tänkt att öka, men i samband med fusioner i beställarorganisationen så har den minskat från 5% till 2.2% för att nu 2006 öka till 3%. Den kvalitetsrelaterade ersättningen har blivit svårare att uppnå medan den tidigare mest var en rapporteringsfråga. Den förändringen bör i sig ses som en förbättring; ersättningen bör ju spegla en prestation, inte en formalitet. Det är också klokt att introducera rapporteringen först innan den börjar få ekonomiska konsekvenser.

Fria nyttigheter

”Avskalningsmöjlighet” skall komma i framtiden. Med detta menas en möjlighet att inte betala för alla centrala administrativa kostnader som fast kostnad, utan istället ha dem som en tillvalsmeny. Flera praktiska reformer som genomförs är dock i motsatt riktning. Ytterligare en undersökning - spirimetri a ca 2000 kr per behandling - kan man nu remittera, utan kostnad som en fri nyttighet. Både den och 24 timmars mätning är två bra metoder som dock är kostnadskrävande att utföra, men gör man den på primärvårdsenheten kan man få ett användande under ansvar. En fri nyttighet som röntgen och en del annan medicinsk service riskerar att ersätta billigare testning om den senare bekostas av vårdcentralen medan den förstnämnda är ”gratis”. Istället för ett 50 kronors blodprov tar man ofta en röntgen som kostar primärvårdsenheten 0 kr - men landstinget 600 kr. Enligt vårdcentralens ekonom har de gemensamma röntgenkostnaderna ökat kraftigt under 2005. CRP är en billig metod som kommer i kläm.

Kliniken är mycket förändringsbenägen och tar till sig de nya metoderna. Ju mer som kan hanteras lokalt desto billigare för landstinget. Det gäller dock att inte undergräva de lokala lösningarna med starkt subventionerade centrala lösningar.

Attityder till ekonomin

Till klinikchefens styrkor hör att vara ovanligt intresserad och väl insatt i ekonomin. Hennes kompetens i denna fråga fungerar dock också som skäl för andra att inte sätta sig in i dessa frågor; chefen fixar det ändå. I många situationer är det otillräckligt att bara chefen engagerar sig, men här räcker det långt. Informationen når ut och det finns respekt för ekonomin som en väsentlig del; låt vara som ett nödvändigt ont. Det finns många vittnesmål om att man själv i sina dagliga beslut tar mer hänsyn till ekonomin.

Det finns också ett högt förtroende från medarbetarna för den redovisning de tar del av. I enkäten tog medarbetarna ställning till påståendet ”Det finns en stark koppling mellan verkliga prestationer och de resultat som framkommer i den redovisning som jag kommer i kontakt med”. Resultatet var ett genomsnittligt instämmande på 70 p år 2003 och 72 p år 2006.

Det finns i de flesta organisationer en tendens att koppla obekväma krav till oinsatta överordnade och konstiga centrala initiativ. Men det finns också ett behov av att skydda högre

beslutsnivåer. På samma sätt som man som chef inte talar vitt och brett om en medarbetares misstag finns det skäl av vara lojal mot högre beslut. Det finns en rationalitet i att klaga uppåt, men inte låta sin kritik skapa missmod bland medarbetarna.

Det finns en förståelse för centrala krav, men en irritationskälla för den lokala ledningen är att det ibland inte tycks föreligga ett intresse i att stämma av de praktiska konsekvenserna. Hade den centrala organisationen lyssnat så hade man kunnat introducera förändringar på ett smidigare sätt.

När remisstvänet infördes hade det kunnat gälla endast nya kontakter. Nu kom många patienter för ett besök i primärvården som skulle sanktionera en pågående behandling i sekundärvården. Det blir många onödiga besök där primärvårdsläkaren får en improduktiv och otacksam roll.

Vid ett tillfälle gjorde vårdcentralen upp sin budget enligt de instruktioner som gavs. När arbetet var klart ställdes nya krav med ändrade premisser så att arbetet fick göras om. Samspelet blir bättre av om man centralt följer regeln 'lagt kort ligger' och inte lastar på andra enheter extraarbete. Reformen bör introduceras vid rätt tidpunkt – i detta fall förmodligen nästa års process.

Ny apparatur för diabetespatienter distribueras via andra kanaler och patienter dyker upp vid vårdcentralen för att få mätstickor till de nya apparaterna. Vad händer med de gamla apparaterna? Detta upplevs inte som en ekonomiskt ansvarsfull infasning, utan som ett spenderande utan eftertanke.

Krav på att ekonomisera samt målet att söka styra mycket av vårdproduktionen genom primärvården tycks inte alltid gälla. Sådana avvikelser påverkar motivationen ute på fältet och ställer första linjens chefer inför extra problem.

Långsiktighet - genom möjlighet att spara från goda år

Det har varit en ambition att inte bara avsluta ett räkenskapsår utan att låta en bra eller dåligt resultat följa med till nästföljande. Detta har dock inte genomförts på en konsekvent och långsiktigt sätt. Regler för att överföra ett överskott från ett bra år till nästa år har justerats ett flertal gånger. Begränsningsregel förändring från att vara från maximalt 3% av omsättningen till att bli maximalt 30% av vårdcentralens överskott innebar i praktiken minskade möjligheter till att bygga en buffert.

Det som upplevdes som ännu mer destruktivt var att systemet ändrades med en ny regeländring så att gjorda besparingar enligt gällande regler bara konfiskerades. Vårdcentralens chef sammanfattar: "De tog vår spargis". Här var det inte bara en regeländring, utan en retroaktiv regeländring som rimligtvis undergräver legitimitet i centrala beslut. Om inte regelsättarna själva följer sina regler hur kan de då förvänta sig respekt från olika delar av organisationen. Det långsiktiga ansvaret undergrävs när man ständigt drar ett sträck över det gångna året. Den oönskade sensmoralen blir att det gäller att ta så mycket kostnader som möjligt om man har ett överskott. Tanken bakom dessa möjligheter att skapa en buffert var att man skulle skapa incitament för ett mer ekonomiskt beteende.

1.2 Specialistkliniken

Kliniken är högt specialiserad och har många patienter som är från andra län eller från utlandet. Detta gör att man har fler inkomstkällor än landstinget och dessa betalar betydligt bättre för sina patienter. Från landstinget utgår ersättning enligt DRG-modellen. Tillämpningen gentemot denna klinik har inte genererat ett stabilt, motiverande och förutsägbart system. En historik kan konkretisera.

Vad är ett rimligt pris?

För några år sedan var det vanligaste uppdraget klassat till 15 DRG-poäng. Därefter sänktes det först till 9 poäng för att sedan sänkas till 6 poäng. Detta sattes in i budgeten. Förändringen i detta fall orsakades av att man centralt lagt ihop två olika behandlingar, som sinsemellan är väldigt olika, i samma klass. Efter segslitna förhandlingar gjordes en rättelse till 12 poäng, dvs dubbelt så mycket, men detta ändrades inte i budgeten. Avdelningen visade så småningom en vinst, men då den ändrade DRG-siffran inte korrigerades i budget, klassades intäkter över den nivå som var ”tak” i den gamla budgeten som ”överproduktion”. Denna överproduktion återfördes som rabatter på 11 mkr till beställaren och reducerade resultatet. Vilket ekonomiskt resultat hade kliniken uppnått? Centralt görs en justering, men det räcker inte utan det behövs ytterligare ändringar för att till sist få rätt resultat. Redovisningens auktoritet undergrävs om resultatet pendlar mellan vinst och förlust på grund av icke uppdaterade rutiner.

Klinikens ersättning har förändrats ytterligare i löpande förhandlingar. En förbättring är att man något år senare fick en speciell DRG för en kortare typ av behandling. Denna räknades tidigare som en stor insats eller som en obefintlig vilket var mycket otillfredsställande. En senare förändring var att ta bort alla DRG-tillägg vilket minskar klinikens intäkter med 5 miljoner. Men dessa pengar ges på annat sätt. Huvuduppgiften är nu prissatt till 450.000 kr. Eftersom specialistkliniken är den enda kliniken i Stockholm med denna verksamhet blir DRG-metoden som prestationsmätare något av ett cirkelbevis. Vem skall man jämföras med?

Det finns ett problem med att medlen tilldelas på ett sätt som möjligen kan ses som byråkratiskt korrekt men prestationsmässigt något godtycklig. Vid kliniken finns en stolthet över den medicinska prestationen, men den ekonomiska är ett resultat av en process som är mer godtycklig och utanför klinikens kontroll. En offert från en annan svensk klinik ger en fingervisning om kostnader för andra utövare men inte mer än så. Kliniken och beställaren har ingen gemensam referensram utan det blir mer än förhandling mellan en köpare som vill ha ett lågt pris och en säljare som vill ha ett högre.

Budgetens centrala roll kan diskuteras. Som i de flesta organisationer görs generellt en jämförelse med föregående år och därutöver en jämförelse med budget. Den senare sätts dock automatisk till senaste avslutade helår, dvs den blir två år gammal. Det verkar märkligt att ge det två år gamla prestationen större vikt än det föregående. Budgetramar upplevs också av andra kliniker som en separat reglering. Om man får ökade inkomster genom ökad produktion så leder detta inte till någon revision av den kostnadsbudget man blivit ålagd. En kostnadsökning måste bli dubbelt godkänd innan den accepteras av redovisningen.

Det finns andra exempel på att ge med ena handen och ta tillbaka med den andra. Högkostnadsskyddet vid exempelvis många extra dagar på intensivvården ger extra pengar till kliniken. Men dessa extra pengar kan komma att räknas som överproduktion och kan då tas tillbaka. Centralt ger man, men tar också tillbaka, enligt rutin vilket ger ett något oseriöst

intryck. Mindre villkorade beslut är att föredra och de kan kompletteras med specifik och genomtänkt kritik i efterhand. Nu tar man det säkra för det osäkra genom att dubblera kontrollen innan verkställarna tillerkänns mer medel.

Externa kunder

Att verksamheten kan bedrivas trots ett varierande gap mellan egna kostnader och landstingets tariffer beror, förutom förhandlingsmässiga justeringar av de ersättningar som föreslås från beställarfunktionen, på att tarifferna från utomlans- och utomlandspatienter är mycket högre.

Det går att resa etiska invändningar mot att de utsocknes patienterna subventionerar landstingets egna innevånare som behov av denna operation. Den specialitet man bedriver är konkurrensutsatt, så det finns skäl att bedöma den som också värd sitt högre pris. Då landstinget inte är vinstgivande kan denna lite diskreta vinst vara ett sätt att få en utdelning på en väl fungerande verksamhet. Med tanke på en kapacitet att behandla fler patienter så är en ytterligare expansion utanför landstinget en möjlighet att noga överväga. Genom en internationellt erkänd expert i ledningen finns en viss potential för avancerad tjänsteexport. Den kunskap och det överskott som genereras kommer landstingets innevånare till gagn.

En sidoverksamhet som fungerar väl är ordningen med ”satellitpatienter”. Med detta begrepp menas patienter som egentligen hör till någon annan klinik och dess läkare, men som ligger på denna avdelning och får vård av dess sjuksköterskor och undersköterskor. Outnyttjad kapacitet kan utnyttjas och det finns starka ekonomiska incitament. För en ersättning på 3.500 kr kan andra kliniker inom sjukhuset få vård på en mycket hög nivå. Praktiken med satellitpatienter bidrar till systemeffektiviteten.

Detta är ett stort framsteg jämfört med tomma patientplatser men ännu hellre önskar man utöka den egna verksamheten. Ett önskemål från kliniken till landstinget är att verka för kliniken på nationell nivå. Det bedrivs för närvarande en viss verksamhet inom denna specialitet vid sju kliniker i Sverige, men vid de flesta i ringa omfattning. Kan denna komplicerade verksamhet verkligen bedrivas på ett medicinskt tillfredsställande och ekonomiskt rationellt sätt i ett litet format? En lösning på nationell nivå är ett önskemål från klinikledningen.

För närvarande rekryterar man patienter genom ett gott renommé. Landstinget har i Stockholm Care en speciell organisation som skall vara behjälplig med att slussa in utsocknes patienter. Vid kliniken finns kritik mot att Stockholm Care fungerar väl som en stödjande organisation. Enligt överenskommelse skall kliniken få en del av det påslag som Stockholm Care tar ut till personalfrämjande åtgärder. En del av dessa pengar var planerad till en praktisk ombyggnad, en ovanligt arbetsgivarvänlig kostnad för att tillhöra ”personalfrämjande åtgärder”, men sjukhusledningen var ytterst tveksamt till att släpper till medlen för detta. Incitament tycks inte så pålitliga i organisationen och det får rimligtvis en negativ effekt på motivationen. Det finns en tendens till att locka med incitament, men att sedan inhibera den utlovade belöningen.

Ekonomisk attityd

Attityden till ekonomin beskrivs av ett flertal informanter som en utveckling mot en mer ekonomisk inställning. En kommentar var: "nu inser man att man tidigare slösat".

Ett konkret fall som diskuterades var två typer av medicin, varav den dyra kostade 15.000 kr för en behandling och den billigare 5.000 kr för en behandling. En jämförelse mellan de två alternativen indikerade ett klart bättre resultat för den dyrare medicinen. Den valdes utan några tvivel eller diskussioner. Åsikten "Man får inte ta för hårt på ekonomin" balanseras med uppfattningar som "Det är rimligt att ha med en ekonomisk bedömning. Man måste optimera". Endast en person lade lite mer emfas vid kostnadssidan av de långa behandlingarna då man prövar nya mediciner. "Jag har aldrig hört ett ekonomiskt resonemang", "det är fritt fram då man forskningsmässigt är en spjutspets".

Dessa olika aspekter kan tyckas disparata men de kan vara rätt förenliga. Det finns en förståelse för en övergripande ekonomiska syn. På kliniknivån finns ett visst engagemang för ekonomiska effekter för den egna verksamheten. Det ekonomiska perspektivet motiverar besparingar som inte försämrar patientens situation. Inom ramen för medicinsk neutralitet är ekonomism berättigad.

Den ekonomiska redovisningen ges en positiv bedömning. Påståendet "Det finns en stark koppling mellan verkliga prestationer och de resultat som framkommer i den redovisning som jag kommer i kontakt med" fick ett instämmande på 70 p vid första mättillfället men minskade något till 59 p två år senare.

Men det är bara ekonomism på kliniknivå som är emotionellt motiverad. Landstingets ekonomiska resultat ligger bortom intressets horisont. En läkare beskriver sin uppfattning av den dominerande inställningen: "Landstinget står inte högt i kurs. Vi arbetar för vår klinik". En annan informant menar: "De (SLL) har punkterat de ekonomiska incitamenten".

Landstingets system upplevs inte som stödjande för den egna verksamheten. Engagemang är starkt för det egna medicinska projektet, och för att det skall fungera krävs en fungerande ekonomi. Det ordnar man till stor del på egen hand. Det ekonomiska styrsystemet har inte levererat incitament utan blivit mer av en motpart att förhandla med.

1.3 Geriatrikklíniken

Ersättningsmodellen

Under 2006 infördes ett nytt ersättningssystem till kliniken. Nu får man inte längre pengar per vårdtillfälle utan enligt följande riktlinjer.

45% Kapitering

50% DRG

5% Kvalitetsersättning

Det finns fortfarande en stark historisk koppling genom att ny budget baseras på förra årets kostnader samt tillägg av en "hemtagningskostnad" för patienter som vårdats på andra håll men nu skall knytas till kliniken. En speciell "kompletterande uppdragsersättning" blir en sorts justeringspost som knyter ihop det nya systemet med det gamla. En målsättning som man inte lyckats med är att få priserna klara på förhand. Parterna har ännu inte i januari 2007 kommit överens om tarifferna för 2006.

Närmare häften av kvalitetsersättningen är tillgänglighet - en person skall tas om hand inom 24 timmar. I övrigt är kvalitetsersättningen det första året huvudsakligen rapporteringskrav. Först i ett senare läge skall speciella mål uppnås. Som exempel på framtida kvalitetsnormer nämnde klinikchefen återinläggningar inom 10 dagar med samma diagnos, samt nutritionsstatus. I vissa fall kan beställarna centralt plocka fram statistik som klinikerna själva inte hade gjort och får ett positivt gensvar: "vi sätter lampan på problemen. De (klinikerna) är intresserade". Det finns ett flertal intressanta kvalitetskomponenter exempelvis säker vård, nutrition, smärtlindring, förhindra frakturer vid klinikerna, patienternas intryck samt läkemedelsordination med Kloka listan och Avrådningslistan.

Det föregående systemet

Kliniken hade tre slags olika ersättning baserade på besök/vårdtillfälle samt tre olika ersättningar baserade på vård dagar. Den viktigaste ersättning utgick per vårdtillfälle. Detta har givit starka incitament att förkorta antalet vård dagar per vårdtillfälle. Genomsnittslängden har minskat från 30 dagar 1992 till 14 dagar 2002 (sedan dess har den minskat med ytterligare en dag). Detta har minskat kostnaderna per vårdtillfälle och motverkat en del förändringar i kostnadsökande riktning. Personaltätheten har ökat mätt i personal per vård dag eller vårdplats. Det skall beaktas att patienterna har ett sämre hälsotillstånd under den kortare sjukhusvistelsen och behöver mer vård. Ersättningsförhandlingarna har underlättats av att tarifferna inte behövt höjas, men det blir istället diskussioner kring totalbelopp.

Ersättningen beräknas på en viss presterad volym. Om kliniken presterar under 90 % av denna reduceras budgetmedlen. Underproduktion ger avdrag men överproduktion (jämfört med 90 % av budget) ger inget extra. Det finns också restriktioner mot att göra mer av en viss typ av tjänst och motsvarande mindre av en annan. Mer överföring från slutet till öppen vård accepteras dock så länge som förändringen håller sig inom totalbudget för kliniken. Med en tariff på ca 60.000 kr för ett vårdtillfälle så får det stor effekt att varje vårdtillfälle leder till en merintäkt och att kliniken undviker reduktion för underproduktion. Inkomsten från huvudbeställaren har inga incitament för merproduktion. Ingen i ledningsgruppen var positiv till '90%-minus' modellen. Hellre en mer rörlig och lägre ersättning som ger utrymme för ersättningar utöver 100% av budgetvolymen.

En ytterligare svaghet med ersättningssystemet är att effekten av ett underskott eller ett överskott är begränsade. Resultatet får inga direkta konsekvenser. En person i den tidigare ledningsgruppen sammanfattade 'Det är en fråga om stolthet', 'Det har aldrig blivit så att man fått ta med sig ett underskott, eller ett överskott för den delen.' Möjligtvis hör man av sig från produktionsledningen om de månatliga resultaten visar underskott.

Ledningens bedömning

När det gällde ekonomifrågor såg ledningsgruppen mer av en generell ambitiös ekonomisk inställning än vad som framkommer i vår första rapport. Internt ansåg man att det fanns ett tryck för att spara och att personalen påverkas av detta. Läkaren kunde ibland vara ensam i viktiga beslut som att skriva ut patienten, men var väl medveten om de ekonomiska konsekvenserna. Det ansågs inte heller otillbörligt för chefläkare att ta upp om en läkare har mycket längre behandlingstider än andra. Likaså ingriper man om en avdelning har svårt att praktiskt genomföra utskrivningar.

Internt tyckte ledningen att man skötte sig väl med de medel som finns. Svagheter är främst bristen på incitament. Även om man fått medel till incitament, så finns det en rad centrala restriktioner kring hur de används. Det sågs som ett problem med sådana direktiv, 'pekpinnar,' från högre instanser.

Inom sjukhuset gjordes en del differentieringar där man delade upp förväntad vårdtid beroende på diagnos. Intäktssidan är grov, vilket gör att resultatet kan bli missvisande för den reella prestation som utförs. Ett sätt att hantera detta är att sätta en ersättning som ger en del medel för risk. Högre instanser föredrar ofta en lägre ersättning som grund med extrapengar när något oförutsett inträffar. Då är man tillbaka till en tilldelningsmodell med stora förhandlingseffekter. Både vad som är normalkostnad och vad som är extraordinärt blir antingen ett påbud eller ett förhandlingsresultat. Den problematiken är likartad internt och externt.

Avdelningsnivå

Intäktssidan berör inte bara kliniken som helhet utan klinikledningen söker föra ner prestationsåtaganden (inte bara kostnadsmedvetande) till avdelningsnivå. De ansåg att de lyckats med denna ambition. En fråga ställdes om innehållet i den återopade dialogen med avdelningscheferna. Klinikchefen menade att det var en "riktig dialog" – inte en förtäckt maktutövning. Han menade att dialogen inte bara var ett accepterande av ledningskrav utan att stolthet och jämförelse med andra avdelningar skapade ett prestationsintresse. Ibland föreslogs mer ambitiösa mål än ledningens. Ingen i ledningen framförde någon anti-ekonomiskt syn; att försök med mer rättvisande ekonomiska system undergräver andra mål och därför är en destruktiv verksamhet.

Inom sjukhuset arbetar man budgetmässigt, men jämförelser mellan avdelningar är också en referenspunkt. I den frågan förekom en viss ambivalens. En jämförelse kan leda till vilja att komma ikapp de mer framgångsrika, men det finns också en rädsla för negativa effekter som avund och ursäktanden för det egna resultatet. Reaktionen på jämförelser mellan avdelningar tycks starkt kopplad till utfallet. En avdelning med personal från den mindre geriatrikklinden såg redovisningens resultat som en bekräftelse på sin prestation samt en korrigering av en omotiverad självgodhet hos personer från den stora geriatrikklinden. Informanter från den senare kliniken såg den ekonomiska rapporteringen som en illustration på hur de mjuka värden, som de ansåg att de egna avdelningarna presterade, ignoreras. Påståendet "Det finns en stark koppling mellan verkliga prestationer och de resultat som framkommer i den redovisning som jag kommer i kontakt med" fick ett instämmande på 70 p av medarbetare från den mindre geriatrikklinden (vid första mättillfället 37 p). Förtroendet utvecklades i motsatt riktning för personer vid den stora geriatrikklinden: 49 p år 2006 i jämförelse med 68 p två år senare.

Ett prestationsmått är hög beläggning. Detta tycks generell klara sig bra utan ekonomiska incitament då efterfrågetrycket gör att man har en mycket hög sängbeläggning. Detta var fallet även innan man började föra ut en resultatsyn på avdelningarna. Överföring av patienter från ett större sjukhus fyller normalt upp alla vakanser.

På avdelningsnivå är bemanningen en betydelsefull och påverkbar faktor. Vid dessa beslut är förmodligen nyckeltal, knutna till bemanning, mer direkt meningsfulla än ekonomiska summor och budgetavvikelse. Avdelningschefen ställs inför en rad akuta praktiska bemanningssituationer. Klarar man sig utan en sjuk medarbetare eller måste man kalla in en

vikarie? För att täcka behov av extrapersonal prioriteras inskolning av egna vikarier vilket är en klok policy. Detta lönar sig snabbt då bemanningsföretagens personal kostar ungefär lika mycket som kvalificerad övertid, dvs ungefär det dubbla mot ordinarie personal.

En annan typ av val är om man skall skaffa extra bemanning under sommaren eller minska produktionen (det senare gjordes sommaren 2003). Avgörande för den typen av beslut är om kliniken som helhet når upp till budgetnivån.

Medarbetarnivå

Men den del av besparingen som ligger i lägre bemanning leder till merarbete för den decimerade arbetsstyrkan. Hur hög prestation kan krävas? När blir kvaliteten lidande? Vad som är en skälig arbetsbörda påverkas delvis av vad andra avdelningar presterar. En ökad uppmärksamhet kring resultat skapar ett intresse dels för resultatet i sig, dels för andra avdelningar som referensobjekt.

Ekonomiinformationen kan ses som något av ett incitamentsystem. Det ställer i sig krav på att resultaten ses som rättvisande så kvalitetskravet på ekonomiredovisningen ökar. Därtill kommer frågan om kvalitetsfrågorna i vården fått en tillbörlig plats eller om ekonomin är för kal och primitiv. Med en kvalitetskomponent i ersättningen till kliniken är ambitionen att stärka de kvalitativa ambitionerna med ekonomiska incitamenten, men också att legitimera den ekonomiska redovisningen.

Ett påstående i enkäten "Det finns möjligheter att göra besparingar i kostnader eller prestera mer vård med oförändrade resurser" fick ett instämmande på 30 p. Man upplever sig som effektiva och hårt arbetande varför möjligheter och krav att göra mer framstår som ohemula. Många är avoga till besparingsförslag. "För mycket förändringar"; "Man bryr sig inte"; "För politikerstyrt"; "Hört uppmaningar att spara sedan 1981"; "Resurserna behövs. Ingen slösar vilt. Jag vill inte tro det".

De system vi diskuterade med medarbetarna låg huvudsakligen på avdelningsnivå. Finns det också incitament på individnivå? En sjuksköterska gjorde följande bedömning: De lågpresterande individer som finns får man försöka muntra upp, acceptera, samt genom rutiner skapa en "basmängd" arbete. Den spontana prestationen är ofta låg, men genom organisation kan man göra det svårare att glida undan. En annan informant menade att insatserna är lite ojämna men den mindre duktiges kolleger går inte gärna till chefen om någon av kollegerna missköter sig. Beteendet noteras av kollegerna och de flesta är måna om att betraktas som duktiga. Många informanter betonar rykte och stolthet som viktiga incitament. Det finns föga ekonomiska styrmedel på individuell nivå, medan omtanke om sitt rykte bland kollegerna motiverar.

Kvalitetsaspekter

En kvalitetsnorm som diskuterats är att notera återinläggningar inom 10 dagar med samma diagnos och nutritionsstatus. Detta som en kontroll på att man inte skriver ut patienterna efter för kort tid. Otillräcklig behandlingstid ses av många som den mest problematiska frågan där etik och ekonomi hamnar i konflikt.

Vårt intryck är att ledningen inte är emot kvalitetsvariabler, men är mer intresserad av att produktionen inte kostar för mycket och att budgetintäkten räcker till. Ekonomin blir den

centrala uppgiften. Detta ses inte utan missnöje från många håll. En läkare kommenterar: ”Den ekonomiska rapporteringen är väldigt ensidig och saknar kvalitetsaspekter. Det förekommer ingen levande diskussion”. Andra är mycket positiva till ledningens förmåga att operationalisera ekonomin.

Att beakta kvalitetsaspekter i det ekonomiska styrsystemet blir centralt både för att få med etik och kvalitet i den ekonomiska kalkylen, men också för att kvantifiera kvalitén och inte göra den till ett universalargument mot effektiv produktion.

1.4 Kirurgkliniken

Verksamheten vid kliniken präglas i hög grad av problem som kvarstår sedan fusionen mellan två kliniker 2004.

Riktlinjerna för ersättningen från beställarfunktionen till kliniken är att hälften är en fast och hälften är en rörlig ersättning. Det mest centrala är dock det totalbelopp som räknas fram. Den mest adekvata jämförelsesiffran blir kostnaden per operation (fast och rörlig). När den siffran för faktiska kostnader ökar jämfört med budget finns det anledning att reagera. Några andra indikatorer har dock väckt ännu mer uppmärksamhet både inom och utom organisationen. Köerna till operation har förlängts radikalt vilket också för med sig dödsfall i kön. (Detta innebär inte att med nödvändighet att dödsfallen är orsakade av den åkomma personerna står i kö för att åtgärda. Den frågan skall dock inte penetreras här)

En avgörande faktor till att klinikerna fusionerade var att operationsvolymerna minskade. Detta resulterade i överkapacitet och en ökande kostnad per utförd operation så om beställarna skulle vara obenägna att höja tariffen så blir en nedskärning den enda möjligheten. Fasta kostnader för verksamheten skulle göra en bantning smärtsam. De ekonomiska utsikterna präglades av förväntningar om nedskärningar och en fusion var ett sätt att höja volymen på basverksamheten. Det hälsoproblem man specialiserat sig på har inte blivit mindre vanligt, men en annan teknologi och en annan specialitet ökade sin marknadsandel. Det är svårt att förutse den tekniska utvecklingen och urskilja var gränsen går i gruppen potentiella patienter där två olika metoder skulle kunna komma ifråga. Här överskattades omsvängningen till den rivaliserande teknologin. Volymen för den egna teknologin har inte minskat lika mycket som prognostiserat, men detta är dock enligt vår uppfattning inte den primära anledningen till de akuta problemen.

Beställarna utövar i viss mån ett ekonomiskt tryck på kliniken, men de ekonomiska påtryckningarna är i flera avseenden sekundära. Problemen vid den fusionerade kliniken handlar i hög utsträckning om hur en trång sektion, för få IVA platser, leder till köbildning. Den trånga sektionen har inte resulterat i någon mer automatisk korrigerande genom landstingets system. Istället har man gått ut och köpt hela operationer från externa leverantörer. En överkapacitet i andra funktioner vid kliniken kan inte utnyttjas alls.

Kliniken är naturligtvis medveten om problemen, men de ekonomiska styrsystemen har snarast frikopplats än signalerat alarmerande utslag. Kliniken underproducerar enligt årets plan men får inte bara fast kostnad enligt plan utan också den rörliga kostnaden. Strikt mekanik skulle leda till att kliniken får mindre anslag. Nu får de behålla anslag och ytterligare

medel skjuts till. Dels betalar landstinget ”en gång till” för många av patienter som opereras på annat håll, dels ges extra medel för en resursutbyggnad av den trånga sektionen. Organisationskulturen tänker i hög grad i fixa anslag, så minskade anslag bedöms inte som rimligt. En beställare förtydligar ”Visserligen produceras för lite men det är inget skäl för bestraffning”. En minskad ersättning ses som tarvligt och destruktivt när kliniken är väl medveten om problemen.

Den ekonomiska styrningen har haft en marginell roll i denna mycket besvärliga situation. Det som görs är mer av en katastrofutryckning än en mer standardiserad reaktion genom det ekonomiska systemet. Förtroendet för redovisningen är dock starkt och stabilt mellan olika mätningar. Påståendet “ Det finns en stark koppling mellan verkliga prestationer och de resultat som framkommer i den redovisning som jag kommer i kontakt med” erhåller ett instämmande kring 60 p.

Under den period vi studerat så har den förväntade överkapaciteten och den trånga sektionen varit de två frågor som dominerat den ekonomiska diskussionen. Skall någon mer generell konklusion dras så är det att det är mycket svårt att vardagsrationalisera när överkapaciteten är störst i den mäktigaste yrkesgruppen. (Lite tillspetsat skulle det kunna formuleras som: Det är svårt att sätt kniven i den egna yrkesgruppen - även om man är kirurg). Den trånga sektionen kan enligt vår bedömning huvudsakligen ses som en planeringsmiss inom den egna kliniken. Detta är paradoxalt nog både förvånande och förväntat. Det fanns många kritiska synpunkter mot fusionen, men de fokuserade inte det som sen blev det stora problemet. I efterhand har vi dock hört många övertygande argument som gör att dimensioneringen framstår som uppenbart otillräcklig. I detta sammanhang är det inte denna brist som är mest central utan reflektionen över det ekonomiska styrsystemet. Att en planering blir misslyckad är i sig beklagligt, men att självkorrigeringen inte fungerar är en ytterligare brist. Önskvärdheten är ju att systemet skall anpassa sig till förändringar i efterfrågan. Ekonomisystemet har haft en passiv roll och inte en aktiv och styrande funktion.

Prioriteringar tycks inte heller göras utan det blir defaultprincipen köbildning som gäller. Mellan denna klinik och andra som delar den resurs som utgör den trånga sektionen tycks en annan diskutabel regel gälla. Det akuta får företräde. Denna kliniks verksamhet består huvudsakligen av planerade operationer och dessa blir ofta bortprioriterade.

2 Ekonomisk styrning - mål och medel

En gemensam nämnare för ekonomisk styrning och etiska principer är att de båda möjliggör en mindre auktoritär styrning. I ett auktoritärt och hierarkiskt samhälle finns också ofta ett accepterande av auktoritet som möjliggör en direkt styrning med detaljerade föreskrifter eller konkreta order. Över tid har sådana modeller tappat i såväl auktoritet som i effektivitet då besluten i hög grad endast fattas i organisationens topp. Kunskap nere i organisationen blir förbisedd och motivationen blir också lidande.

Det är därför önskvärt att delegera beslutsfattande, men genom olika typer av målstyrning kan organisationen likväl hålla kurs mot sina centrala mål. Detta avsnitt kommer att diskutera möjligheter och svårigheter med ekonomisk styrning i landstinget

2.1 Från kostnad till resultat

I många hänseenden pågår en omvandling där den traditionella kostnadsorienteringen fortfarande har en central position. I ett kärt ekonomiskt läge blir ledningen påtagligt medveten om att inkomsten inte är prestationsavhängig på kort sikt. Om skatteintäkterna inte räcker till så går verksamheten med förlust. I ett kort perspektiv är det viktigt att kostnaderna inte överstiger skatteintäkten. På lång sikt påverkas rimligtvis betalningsviljan av den prestation som utförs av landstinget, men på kort sikt är inkomsten fix, men kostnaden mer påverkbar.

Detta leder till att det är kostnadskontroll som blir det primära ekonomiska kravet på olika enheter inom organisationen. Det finns vissa produktionsmål som också skall uppnås, men de blir snarast restriktioner på ett ekonomiskt önskemål att hålla kontroll på kostnaderna. Den icke önskade, men likväl naturliga, effekten blir en strävan till produktionsbegränsning. I stort sätt alla typer av vårdinsatser för med sig rörliga kostnader, så att producera mindre blir ett sätt att klara kostnadskraven.

Denna produktionskritiska effekt är en följd av ett styrsystem som är primärt kostnadsinriktat. Lösning på detta är att ge prestationssidan en mer framträdande roll; vad man får för pengarna är av minst lika stort intresse som vad det kostar. Kostnadsjakten blir mer konstruktiv om den uppfattas som en strävan efter effektivitet. Det primära är inte att minska kostnaden, utan att skapa möjligheter att prestera mer vård.

Genom beställarorganisationen skall produktionen få en intäkt som skall ge ökade möjligheter till ett effektivitetstänkande. Genom att vara rörlig, förutsägbar och rättvis skall den fungera motivationsskapande. Inte minst bör den vara ett stöd för den ekonomiskt ansvarige nere i organisationen som skall motivera sina medarbetare till olika typer av åtgärder. Varför skall något göras på ett nytt sätt? Det behövs ytterligare argument än att någon har bestämt detta. En rationalitet efterlyses ofta.

Att ta hänsyn till ekonomiska kostnader och inte göra det som ligger närmast till hands innebär en restriktion. Alla restriktioner är lättare att acceptera om alla andra drar sitt strå till stacken. Vid de flesta av våra kliniker finns en övertygelse om att den egna kliniken domineras av ett ekonomiskt ansvarstagande. Det kan naturligtvis förekomma personer eller handlingsmönster som slösar med resurser, men den övergripande bilden är den av effektivitet.

Det finns inte alls samma tilltro till landstinget som helhet vad gäller ekonomisk disciplin. Det förekommer tvivel på det etos som gäller inom byråkratin (revirtänkande, maktspel) men kanske än mer till rationaliteten i de styrsystem som finns. Detta ger både ett legitimitetsproblem för den centrala ledningen och ett motivationsproblem på lokal nivå. Varför skall vi gneta och spara medan andra instanser spenderar resurser?

Ekonomiska krav på den egna verksamheten kan vara besvärande, men för uppfattningen om organisationen som helhet finns det också positiva effekter av hårdare ekonomiska krav. Vad gäller redovisning på lokal nivå så blir vår slutsats att medarbetarna är positiva. Här pågår ett arbete med en övergång från en kostnadsfokusering mot en resultatsyn.

2.2 Process och struktur

Förhandlingskultur

Hur skall man uppfatta relationen mellan nivåerna inom organisationen. En chef beskriver utvecklingen som en strävan bort från en auktoritär modell – ”att peka med hela handen” till en mer öppen attityd – ”att lägga handen bakom örat”. En ytterligare metafor som kan beskriva relationen är handslaget. Ett problem med förhandlingskulturen är att det mål som prestationen jämförs med delvis sätts av kliniken själv.

Klinikchefens situation blir något av ett ekonomiskt tvåfronts krig. Det gäller att få medel till den egna verksamheten genom att tilldelas resurser, och det gäller samtidigt att agera inom kliniken för högre kostnadseffektivitet. En del krav från högre nivåer i organisationen eller från beställarfunktionen är till sin karaktär något av utspel. Att pruta på besparingsmål och sedan leverera över målen blir formeln för fortsatt förtroende för en klinikchef. Att vara foglig till centrala önskemål om besparingar kan ställa till med stora problem för verksamheten. En klinikchef beskrev lite tillspetsad situationen ”det behövs ett visst mått av civil olydnad för att klara jobbet som klinikchef”.

Många gånger ses kvaliteten i fattade direktiv som bristfällig vilket gör denna oppositionsroll mycket viktig. Avdelningstänkande kan inte kategoriskt ses som en brist utan är ofta en nödvändig motkraft. För att få en fungerande klinik krävs realistiska mål vilket inkluderar en del luft i systemet och för flera av de framgångsrika klinikcheferna var detta en nyckel till framgång. Får man omöjliga mål så kan de med tiden revideras och då gäller det att inte ha satsat alltför mycket kraft och prestige på en orealistisk målsättning som senare övergår till andra krav.

Skilda uppfattningar kommer att finnas på gott och ont, men frågan är om de ekonomiska styrsystemen i bättre utsträckning kan fungera som referenspunkt för dessa olika beslutsfattare.

Fördelar med struktur

Förhandlingar är processer och det finns fördelar med flexibilitet. Vad gäller ekonomiska styrsystem finns det anledning att poängtera fördelarna med struktur och förutsägbarhet.

Inom privat verksamhet finns många företag som presenterar sina resultat i första hand *pro forma* och i andra hand strikt enligt gängse redovisningsregler. De hävdar att olika typer av

speciella hänsyn gör att man genom flexibilitet arbetar fram ett mer rättvisande resultat. Detta kan dock betvivlas. Flexibiliteten ger utrymme för önsketänkande. Det kan vara en fördel om inslagen av önsketänkande begränsar sig till prognoser, men att de faktiska resultaten snarare är lite fyrkantiga än utslag av kreativ bokföring. Faran med att baka in undantag och justeringar är att resultatet inte blir ett stabilt mått. Det finns därför skäl att rekommendera en ”bottom line” som inte utger sig för att vara hela sanningen, men som ger en stabil referenspunkt. Utifrån ett strikt mått på resultat, kan sedan analysen kommentera och diskutera effekten av speciella omständigheter.

Tanken bör vara att en strävan efter en rättvisande mekanik verkställs på systemnivå. Det enskilda fallet förstås bättre om man först presenterar den något ”fyrkantiga” siffran. När specifika faktorer bakas in före resultatet har de en tendens att bli mer osynliga, vilket naturligtvis är en anledning till bruket. Lägre nivåer i organisationen vill ha ett mål som gör att högre nivåer vid ett senare tillfälle inte kommer att klaga på faktiskt resultat. De högre nivåerna vill ha ett mål som sporrar de olika subenheterna.

I den mer flexibla modellen är det lämpligt att sätta mål som kräver en extra insats, men inte kräver alltför mycket. Detta leder till att den norm som det faktiska resultatet jämförs mot blir ett rörligt mål. Den mer strukturella modellen förespråkar normer som gäller för olika enheter och underlättar mer objektiva jämförelser. All uppmärksamhet bör inte läggas på om resultatet blev plus eller minus utan det är också viktigt att minska underskott och öka överskott. En fast skala blir inte irrelevant även om utfallet hamnar långt ifrån nollpunkten.

En viktig del av resultatorienteringen är att få mer av struktur och mindre av process.

Trånga sektioner

En annan av målsättningarna med resultatorientering är att ge lokalt handlingsutrymme. Det finns dock exempel på att detta inte riktigt fungerat i några sammanhang. Inte minst finns det problem med trånga sektioner när flera kliniker utnyttjar samma resurs. Ett sätt att lösa detta är genom styrning från högre chefer, exempelvis genom att dela ut kapacitet till olika avdelningar. Det andra är att lösa detta genom det ekonomiska styrsystemet.

Vid ett större sjukhus har all röntgenundersökning under flera år kanaliserats mot patienter som klassats för ”akut röntgen”. Även dessa har en väntetid och köbildningen genererar andra typer av kostnader än själva röntgenundersökningen. Det är kostsamt om en patient ligger kvar två dagar i väntan på en röntgen innan hon kan skickas hem. Det finns många stödfunktioner inom sjukvården där man bör ha en viss överkapacitet för att undvika denna typ av köbildning med följdskostnader.

Den andra infallsvinkeln på detta problem ges av en överläkare som pekar på sina kollegers attraktion till de nya möjligheterna. Nya röntgenapparater ger fascinerande möjligheter ytterligare undersökningar som möjligen kan eliminera ett frågetecken. En primärvårdsläkare berättade hur lätt man som läkare vid ett sjukhus lockas till att lita mindre på det egna omdömet och istället utnyttja det tekniska batteriet av möjligheter.

En av ekonomins tumregler är att högre priser minskar efterfrågan. En klassning av berörd läkare till ”akut röntgen” istället för endast ”röntgen” tillför inte så mycket sållning, men ett högre pris är ofta ett sätt att se till att efterfrågan inte överstiger tillgången. Med ökade möjligheter kan det vara aktuellt att sänka priset. Det är inte endast fråga om någon sorts

rättvisande pris i bemärkelsen överensstämmande med självkostnad. Priset är också ett sätt att undvika andra prioriteringar av diskutabel kvalitet – inte minst nödlösningen köbildning.

I andra fall bör ett högre pris framförallt användas för att öka tillgången och därigenom eliminera den trånga sektionen. Vid ett sjukhus föreligger en brist på IVA-platser sedan många år. Den bristen leder till köbildning för de verksamheter som behöver en tillgänglig IVA-plats antingen ett kort tag som rutin, eller som en extraordinär åtgärd om operationen går fel. Vid kirurgkliniken uppstod en akut brist på IVA-platser. Detta problem förvärrades av att detta var en gemensam resurs som delades av flera kliniker. Man kan naturligtvis hoppas på ett harmoniskt samutnyttjande, men i ett trångt läge prioriterar var och en sin egen verksamhet och detta leder till att akuta fall tränger undan planerad verksamhet. Trånga sektioner tycks oss vara ett område där ett användande av priset skulle vara ett lämpligt sätt att hantera situationen och få balans mellan tillgång och efterfrågan.

2.3 Produktivitet och effektivitet

DRG och produktivitet

DRG-systemet kritiseras ofta för att ge missvisande jämförelser. Det är en beräkning av den genomsnittliga kostnaden för att behandla en viss diagnos. Det finns variationer i enskilda patientfall som väl motiverar högre eller lägre faktiska kostnader, men i princip bör olika enheter ha patienter som i genomsnitt, under samma diagnos, är lika svåra att bota. I så fall blir faktisk genomsnittskostnad vid andra kliniker en högst relevant norm mot vilken en kliniks kostnader kan jämföras, och denna normalkostnad kan användas som schablonintäkt. Men det går inte alltid att uppnå denna rättvisande jämförbarhet.

Vid införandet av DRG fick man enligt erfarna bedömare stora produktivitetsvinster, så mycket som 20% vid vissa verksamheter. Senare följer också ett stort inslag av anpassning till redovisningssystemet. Det finns nu organiserade kurser i hur man ställer de diagnoser som ger mer resurser. Beställarna bevakar tendenser till inflation i DRG som att en diagnos ”komplicerad” blir mer frekvent i förhållande till ”vanlig” (Denna inflation bör vara maximalt 1% per år). Gränsen mellan bruk och missbruk är inte alltid klar. Alla system har sina svagheter så den intressantast uppgiften är kanske att få system att fungera bättre.

För långsiktighetens skull är det viktigt att hålla isär beräkningen av DRG-poäng och ersättningen i kronor per DRG-poäng. För att få jämförbarhet med en bredare grupp tycks det lämpligt att utsträcka klassningarna i DRG-poäng utöver landstingets verksamhet. Landstingen runt om i landet kan sätta olika pris per poäng, men det är svårt att se nackdelar med att ett benbrott ger samma DRG-poäng i Umeå som i Lund. Löneläge och mycket annat kan variera, men det är förmodligen mer motiverande med ett mått som säger något om prestationen utöver jämförelse mot budget. Många landsting i Sverige har inte infört DRG men de har siffermaterial som kan användas. Även utländska erfarenheter kan bakas in till en beräkning som säger hur mycket ett benbrott kostar att behandla relativt en njuroperation. Har man väl fått fram en växelkursmodell så kan man sedan räkna fram en ’total-DRG-prestation’ för såväl kliniker som sjukhus, landsting och länder.

Vår erfarenhet från specialistkliniken visar att en DRG-grupp kan bli för vid, så att den inbegriper olika behandlingar med stora ekonomiska skillnader. Fördelen med stora grupper är att referenspunkten blir mer oberoende av den enskilda kliniken. Samtidigt måste dock referensgruppen vara tillräckligt överensstämmande i sin inriktning. En allmän riktlinje bör

vara att ha mer specificerade poäng så att resultatet säger mer om verksamhetens prestation - inte bara om att man har en fördelaktig mix med mer av de lätta fallen inom en vid DRG-grupp. I detta fall var det två skilda typer av såväl sjukdom som behandling som räknades till samma grupp.

En rad omdömen från olika läkare tyder på att det finns många DRG-regler som är bristfälliga. Svåra fall blir självklart förlustaffärer för kliniken, samtidigt som de är viktiga för kompetensutvecklingen. Därför kan DRG-systemet få negativa effekter om man ser till behovet av utveckling och utbildning. Pengarna finns att "tjäna" på de enklare fallen. En kompensation för de svårare fallen är att universitetssjukhusen får en högre ersättning per DRG-poäng. Det är dock en modell som kan diskuteras. Kanske bör kostnader för forskning och utbildning särskiljas tydligare från den kliniska verksamheten.

Generellt om produktivitet

En permanent kritik mot ersättningar som kopplas till produktivitet är att detta leder till anpassningar som skapar skenbart bättre prestationer. Om en primärvårdsklinik är pressad att öka sin produktion så finns det enkla utvägar. Genom att införa en policy med fler rutinartade återbesök kan man öka antalet besök, utan att prestera varken så mycket större arbetsinsats eller så mycket mer patientnytt.

Att produktivitetskrav kan leda till visst missbruk gör dem dock inte generellt verkningslösa eller destruktiva. Ofta leder en strävan till högre produktivitet både till en reell ökning samt en anpassning till mätmetoden som ger mer skenbara resultat. De mest sedelärande exemplen på hur grova produktivitetsmål missbrukades av utförarna kommer från de kommunistiska planekonomierna. Om planen är att producera så mycket skor som möjligt så blir det lättare att nå kostnadsmål om man bara producerar skor i den minsta storleken. På en nivå långt borta från sådant missbruk finns dock effekter som kan vara olyckliga. Patienter med en sjukdom som ligger under genomsnittet i komplexitet för den sjukdomen är i sig lättare att behandla till låg kostnad än patienter som ligger över snittet. Sensmoralen blir att klinikerna inte bör ha möjlighet att undvika problemfall.

Det finns en tendens att vara lite överlägsen mot att göra saker rätt; det visar blott på någon sorts hantverksmässig förmåga. Detta tycks oss generellt omotiverat, men produktivitetsmål måste kompletteras med ett ansvar för att bättre produktivitet också leder till mer övergripande mål. Många gånger samverkar effektivitet och produktivitet. Förkortning av konvalescenstid på ett sjukhus efter operation sparar både pengar för sjukhuset och bidrar till att patienterna återhämtat sig snabbare. Att utföra en specifik insats på ett snabbt och billigt sätt är i sig generellt en förbättring.

Effektivitet

Produktivitetjämförelser ger i många fall tydliga och välgrundade utslag. När effektiviteten tar sig an mer ambitiösa mål blir många frågeställningar mer komplicerade och möter ofta än fler invändningar.

En märklig åsikt är att effektiviteten är konstant. Mer skämtsamt finns en tes om att lasternas summa är konstant. Den insinuerar att den till synes skötsamma har ett hemligt liv som gör honom lika bristfällig som den med mer uppenbara brister. Det är en sorts kolsuparteori; ingen skall tro att han är bättre än en ann. Personer och avdelningar som brister i produktivitet har en

tendens att tro att det kompenseras med någon annan kvalitet, exempelvis att den som jobbar långsamt bidrar med en högre kvalitet. Detta gör att effektivitet inte är så hyllad i en organisation som det kan låta i ledningsgruppen. Ingen är för ineffektivitet, men många är emot högre prestationskrav. Inte minst för att man tror att den egna avdelningen redan är effektiv i förhållande till andra. Mycken effektivitetskritik bottnar i att personen anser att någon viktig aspekt försumrats. En mer rimlig bedömning är att det skiljer stort i effektivitet mellan människor. En väl fungerande organisation som tar tillvara på olika personers styrkor skiljer sig än mer från en bristfällig organisation som snarast motverkar sina merarbetares prestationsförmåga.

Hälsomått och effektivitet

En första komponent är mätningar av hälsotillstånd. En mätskala för hälsotillståndet är Karnofsky (0 är död och 100 helt frisk), vilken används vid specialistkliniken. Nästa steg är att beräkna patientens hälsoförbättring. Den kan beräknas som exempelvis Qaly – quality adjusted life years - hur mycket extra Qaly förväntas patienten uppnå genom ingreppet? Tillståndet efter operationen reducerat med hälsotillståndet före operationen och den förväntade tidsrymden ger den nytta som patienten erhållit.

Det tredje steget för att nå ett effektivitetsmått är att koppla hälsoförbättringen till den kostnad som erfordrats. Detta kan göras på flera olika sätt. Vi tycker det är att föredra att fokusera hälsoförbättringen i täljaren och kostnaden i nämnaren. Ju högre tal ju bättre hälsoförbättringseffektivitet.

Antal Qaly per 100.000 kr i vårdinsats kan vara ett lämpligt effektivitetsmått. Ett sådant mått skulle kunna användas vid såväl jämförelser mellan kliniker med samma inriktning som när det gäller vertikal prioritering mellan olika typer av verksamhet. Är detta en behandling som ger tillräckligt med patientnytta jämfört med andra sjukvårdsinsatser?

Det finns många formuleringar av en attityd som motsätter sig kopplingen mellan pengar och hälsa. ”Hälsan är viktigare än pengar”. Men frågan är mer komplicerad. Det är på intet sätt givet att ekonomiska mätningar kommer att minska preferenserna för hälsosatsningar. Det kan verka rimligt att människor har synpunkter på hur hög Qaly/Kr måste vara. Men den bedömningen leder inte bara till skepticism mot verksamhet som har ett för lågt värde utan också till önskemål om större satsningar på verksamhet med höga värden. Att undvika transparens i effektivitetsfrågan kan väcka misstankar att verksamheten inte är genomtänkt och väl motiverad.

Undersökningar från Sverige¹ och USA² visar på att det är stor skillnad på vad man lägger ned i pengar på olika områden för att undvika dödsfall. En rad studier vid Harvard summerade effekten av en rad program till att man räddade 600.000 levnadsår i USA. Om man flyttade pengar från dyra/dåliga projekt till effektiva så skulle man rädda ytterligare 600.000 levnadsår. Vill man uttrycka det tillspetsat kan sägas att den nuvarande prioriteringen innebär ett mycket stort antal ’statistiska mord’ (Lomborg 2001).

¹ Ramsberg, Joakim. 1999. *Are all lives of equal value?* EFI, Stockholm

² Lomborg, Björn. 2001 *Världens verkliga tillstånd*. SNS Förlag, Stockholm.

Bakom den nuvarande fördelningen av resurser ligger traditioner och värderingar som många människor högaktar, och man ser en rationell jämförelse som simplistisk. Det är dock svårt att inte se den som högst relevant och åtminstone borde det föreligga en ”argumentationsbörda” för de som vill satsa stora resurser på verksamheter med låg hälsoeffektivitet.

Qaly fokuserar på effekter som förändrar hälsotillståndet. Symtombehandling och omsorg ger föga genomslag på detta mått. Men detta speglar något som både kan ses som normativt rätt samt deskriptivt rättvisande. Det finns patienter med mer permanenta vårdbehov, men målsättningen är nästan alltid en hjälp till självhjälp eller en förbättring även om patienten inte är botad. ”Medicinskt färdigbehandlad” är en term som visar på en avgränsning mellan vården och landstinget på den ena sidan och omvårdnaden och kommunen på den andra.

Qaly är en relevant variabel för olika verksamheter inom sjukvården. Ett starkt forskningsintresse hos läkarprofessionen riskerar att göra den kliniska verksamheten mindre central, men det är rimligt att man stämmer av vad som levereras i hälsoeffekter till befolkningen. Det är också rimligt att man fullt ut använder beprövad effektiv teknik. Nya behandlingsmetoder bör inte bara klara medicinska krav utan också ekonomiska och då är Qaly/kr relevant. Är det rimligt att satsa på läkemedel mot Fabrius som kostar 2 miljoner kronor per patient och år? Ett ytterligare alternativ är medicinering mot Hunter som kan kosta 4 – 10 miljoner kronor per år och patient.

Olika intäktskategorier – Olika prioriteringar

Landstingets kostnader kan mätas mot intäkter av tre olika slag.

Det första är balans med skatteintäkterna. Det man erhållit av skattebetalarna är det som kan spenderas på sjukvården. Kostnadskontroll blir det främst kriteriet för ekonomin.

Steg två är det som nu håller på att genomföras. Ett ökat intresse för produktiviteten ger olika verksamheter en standardkostnad som kalkylmässig inkomst. DRG är primärt ett produktivitetmått. Så även om man har ett väl utvecklat jämförelsematerial så återstår frågan om effektiviteten.

Steg tre är att sätta kostnaderna till förbättringar i hälsotillstånd. Detta är naturligtvis det yttersta målet med verksamheten. Det är att ta steget från produktivitet mot effektivitet. Att göra detta mer systematiskt är dock kontroversiellt. Företrädare för verksamhet som riskerar en ”nedgradering” kommer att argumentera för att den nuvarande ordningen är bättre. Men den nuvarande ordningen är inte stabil, utan det tillkommer hela tiden nya medicinska möjligheter. Den medicinska utvärderingen vid forskningsfronten är givetvis viktig, men det behövs också en ekonomisk bedömning huruvida hälsovinster står i proportion till kostnaden. Den bedömningen släpar med nödvändighet efter den medicinska. Också för välkända behandlingar där den medicinska bilden är klar saknas ekonomiska bedömningar. Satsas resurserna på ett sätt som ger så stor hälsoförbättring som möjligt? Frågan är naturligtvis svår, men så viktig att den förtjänar ytterligare uppmärksamhet.

2.4 Ersättning och riktlinjer

En generell modell för de resurser som tilldelas olika enheter inom landstinget kan beskrivas med följande tre typer av ersättning.

- A Uppdragsrelaterad (kapitering)
- B Produktionsrelaterad (Besök/DRG)
- C Kvalitetsrelaterad (också kallad målrelaterad)

A Uppdragsrelaterad ersättning

Detta är den traditionella formen av ersättning och den kan ses som stabil, men också som rigid. Inom beställarkontoret ses den som ett bidrag till fasta kostnader som möjliggör verksamheten. På sikt är dock alla kostnader att se som rörliga och frågan blir då vad som är totalkostnaden för det man producerar. Därför skall inte alltför stor vikt läggas vid detta grundbelopp.

Det främsta argumentet för fasta belopp är att det gäller att balansera så att frestelserna kring missbruk av den produktionsrelaterade ersättningen inte blir för stora. En överflyttning av ersättning till det senare slaget bör koordineras med att man förbättrar specificering.

Svagheter och problem med de rörliga ersättningarna bör inte leda till att man underlåter att se svagheter med kapitering. För närvarande är ersättningen till primärvårdsenheterna i hög grad en förhandling. En hög eller låg ersättning kan sedan leva vidare under lång tid och mer spegla tradition än någon systematik. Men kapiteringen skall enligt plan bli mer likartad och under 2006 till 2008 skall skillnader i värdering av det listade patientunderlaget utjämnas till ett mer objektivet index. Vår bedömning är också att underlaget bör bedömas på ett systematiskt sätt, inte bakvägen via kostnader eller genom förhandlingar. En viktning som görs är efter ålder; befolkningsgruppen 65 till 75 räknas upp med faktor 2 och listade över 75 år räknas upp med faktor 3. Detta är ett objektivet mätetal och det finns möjligheter att göra kalibreringar så att måttet blir rättvist. Däremot är det svårare att göra ett socialt index. Det blir lätt ett cirkelresonemang; låga kostnader indikerar ett lätt område och höga kostnader ett svårt område. Det finns ett stort antal sociala faktorer som har betydelse - men hur stor? En person med psykosociala problem tar mycket tid, men det kanske kan fångas upp genom besöksersättningen?

B Produktionsrelaterad ersättning

Det råder bred politisk enighet om att organisationen bör utveckla sig mot mer produktionsrelaterad ersättning. Förändringslinjen innebär för primärvården en högre ersättning per besök och lägre för listning (kapitering). Vi anser själva att detta är den kloka strategin men vill också rapportera om de tvivel vi mötte vid den vårdcentral vi studerade. En systematisk (men enkel) besöksklassning är nog också motiverad när besöksersättningen ges större vikt. Den åldersdifferentiering som görs i kapiteringen kan speglas i besöksersättningen. Vid utformningen till hemsjukvården är ersättning upplagd så att den skall motivera insatser från undersköterskor och sjuksköterskor istället för läkare. Det är viktigt att ge incitament för vård på rätt nivå.

Privata vårdgivare drivs redan med betydligt högre produktionsrelaterad ersättning och det visar sig fungera väl. Vad som väckt viss kritik är snarare vinstutdelning och nivån på ersättning än dess utformning.

En del högre tjänstemän ser DRG-systemet som en fördelning till vårdproduktionen på sjukhusnivå och utan avsikt att föras ner på avdelningsnivå. Effekten blir dock begränsad om det bara genomförs en resultatsyn på sjukhusnivå - den måste ner på kliniker och avdelningar. Ett sätt kan vara att räkna fram självkostnad per DRG-poäng vid kliniken och

även vid avdelningen. Även om ersättningen från beställaren endast till en del är per DRG-poäng kan det vara ännu intressantare med en totalsiffra. Också den fasta ersättningen bör ses som en ersättning för prestationen.

För att ersättningen skall vara produktionsstimulerande krävs att den rörliga ersättningen är större än de rörliga kostnaderna. Den erfarenhetsmässiga bedömningen av några beställare var att har man ett grundavtal med exempelvis pris 2Y kr per operation, så var ett kompletterande avtal attraktivt även med en ersättning på Y kr per operation. Tanken är att tidigare ersättning redan betalats för fasta kostnader, och att även ett väsentligt lägre pris väl kan täcka rörliga kostnader. Normalt finns en ytterligare gräns, ett tak för ytterligare volym.

Detta är förståeligt med hänsyn till en totalbudget, men inte ur ett effektivitetsperspektiv.

C Kvalitetsrelaterat ersättning

Vid det första året med ett nytt system så har man huvudsakligen ålagt produktionsenheterna nya rapporteringskrav. Först i ett senare läge skall mer speciella mål sättas upp. Det låter som en rimlig modell får en introduktion. Legitimiteten för nyordningar tar tid att bygga upp. Det gäller också att se till att de kvantitativa metoderna tillgodoser kvalitativa aspekter på ett tydligt sätt och det är viktigt att hitta bra mätmetoder och få en diskussion och accept av dem. Då är det lättare att motivera varför ersättning ”förlorades” på grund av dessa mätetal.

Som ett generellt riktmärke talas om fem procent för de olika kvalitetsparametrarna. Då de är många parametrar och det inte är fråga om allt eller inget kan det vara rimligt att öka på denna grups andel. Kanske 20% är ett lämplig långsiktigt mål. Vi tror mindre på den varierande politik som förekommit där man från beställarens sida vissa år väljer ut några specifika kvalitetsvariabler och låter dem vara avgörande för den kvalitetsrelaterade ersättningen. Vi tror mer på kontinuerliga mål än ett mer kampanjorienterat upplägg.

Det finns många variabler som är både mätbara och relevanta. De är också motiverade att ha som kvalitetskontroll, så det är sällan en extra kostnad vars enda funktion är att generera ersättning. Det är också motiverat att differentiera en prestation i mer än ”utförd” och ”ej utförd”. En insats som är väl utförd ger ett mervärde. Att inte bara uppskatta detta verbalt, utan också ekonomisk, visar på konsekvens och har rimligtvis goda utsikter att påverka motivation och inriktning ute i verksamheten.

Subsidiaritetsprincipen

Det finns sedan länge en central strävan att förskjuta tyngdpunkten i vården från sjukhusen mot primärvården. Men denna ambition har svårt att realiseras och endast omkring 15% av resurserna går till primärvården. Målsättningen ”vård på rätt nivå” kan ses som korresponderande med den subsidiaritetsprincip som EU antagit. Den principen föreskriver att beslut skall fattas på så låg nivå som möjligt - det är alternativet att centralisera besluten som behöver ett rättfärdigande. I båda sammanhangen kan det diskuteras om denna decentraliseringsprincip tillämpas, men det kan ses som en förnuftig princip som förtjänar ett större genomslag..

Vid geriatrikklíniken finns en ambition att inte bara undvika att skicka patienter vidare till akutsjukhuset utan också att direkt göra intag. Det finns en fördel om patienten inte processas genom en lång vårdkedja utan kan komma in på rätt nivå direkt. En möjlighet som

diskuterades vid kliniken var att en specialist från akutsjukhuset kunde komma över till geriatrikklíniken och bedöma ett antal patienter vid ett tillfälle istället för att patienterna skickas över för undersökning. Det fanns idag inga praktiska rutiner för att samordna sådana behov från flera olika avdelningar, men med de möjligheter som finns med informationsteknologi torde detta gå att ordna.

Vid många landsting ligger beslutet och de ekonomiska kostnaderna på att skicka en patient utomlands nere i organisationen. I Stockholm är detta frågor som avgörs på central nivå. Detta kan vara ett exempel där subsidiaritetsprincipen skall användas. Generella riktlinjer kan vara en central uppgift, men enskilda fall bör inte föras upp på central nivå.

Enskilda fall är också svårt att hantera medialt. Landstinget i Halland avslög en mycket dyrbar medicinsk behandling för en patient. När Skånes landsting senare accepterade en liknande anmodan omprövade Hallands landsting sitt beslut. Enskilda undantag som blir lätt prejudicerande och det framstår som en mindre lämplig metod för rationell styrning.

Friktion i systemet

Ett fenomen vi mött på flera håll är något som kan betecknas som ”krav på dubbla godkännande”. Kostnadskontroll från högre nivåer gör att en åtgärd behöver mer än en accept. Detta kan ses som en misstro eller som ett motarbetande. Den dubbla organisation som finns i beställare och produktion bidrar till krav på dubbla godkännanden och effekten blir en lägre grad av självständighet. Detta rímmar illa med målsättningen att systemet skall ge handlingsfrihet för enheterna ute i verksamheten inom givna ramar. Det är rimligt att man från högre instanser kan ha synpunkter på ett resultat, men det är ofta bättre att göra kommentarer efteråt, vid en utvärdering, än att söka förhandsgranska.

Mekaniska rutiner som plockar bort ”överproduktion” från en avdelnings resultatet utan närmare analys och dialog är lite godtycklig och nonchalant. Likaså måste funktioner som Stockholm Care stå för sina åtaganden till klinikerna. Man vill främja ett ansvarstänkande vid klinikerna för ”sina pengar” men det motstridiga budskapet är att det är faktiskt ”våra pengar”.

Ett problem som framhölls och exemplifierades vid vårdcentralen var en annan typ av friktion. Här uppfattade man inte att handlingsfriheten var kringskuren men att organisationen inte samordnade sina nya initiativ med primärvården. Istället för att fasa in en ny politik infördes den abrupt med ekonomiska konsekvenser för vårdcentralen. Det framstår som att centrala initiativ infördes utan att man lyssnat på praktikerna.

Landstinget är en stor organisation med en tradition av central styrning. Det finns anledning att fortsätta utvecklingen med en mer indirekt styrning av verksamheten. Med underbyggda prioriteringar och rationella styrsystem vinner man i legitimitet och följsamhet. Förändringen går enligt vår uppfattning i rätt riktning, men vi önskar också fästa uppmärksamheten på ytterligare önskvärda steg.