

Effektivare sjukvård genom bättre ekonomistyrning

En kärvare ekonomi och krav på ökad effektivitet tvingar sjukvården att förbättra ekonomistyrningen. Bengt Jönsson och Clas Rehnberg ger i denna artikel förslag till hur ekonomistyrningen måste förändras för kliniker, landsting och sjukvården i sin helhet för att anpassas till verksamhetens nya förutsättningar.

Hälso- och sjukvården har i Sverige ökat sin andel av samhällets resurser från 4,7 procent av BNP i början av 1960-talet till 9,8 procent år 1984. Under 1960- och 1970-talet, då sjukvårdskostnaderna ökade med 6–7 procent per år i reala termer var den centrala uppgiften att administrera expansionen och anskaffa de resurser som krävdes i form av byggnader och personal. Inom sjukvården utvecklades ett ekonomiskt styrsystem anpassat för denna uppgift. Med de samhällsekonomiska problem som uppstått har sjukvårdens expansion begränsats. Kostnadsökningen inom sjukvården uppgår idag till ca 2 procent per år i reala termer och ytterligare reduktioner i tillväxttakten är att vänta under kommande år.

Det är ofrånkomligt att en anpassning till den lägre ökningstakten får konsekvenser för verksamhetens omfattning och inriktning. Sjukvårdspolitikerna kan inte längre prioritera genom att variera resursökningen till olika verksamhetsområden. Resurser till nya områden förutsätter idag nedskärningar eller effektivisering av andra verksamheter.

BENGT JÖNSSON är professor och CLAS REHNBERG är forskarstuderande vid tema H, Linköpings universitet.

Detta är en helt ny situation för sjukvården, som ökat betydelsen av kunskap om kostnader och intäkter för olika alternativ. Den nuvarande uppbyggnaden av sjukvårdens ekonomiska styrsystem försvårar emellertid en bedömning av var inom vården det är möjligt att begränsa kostnaderna med minsta möjliga konsekvenser för vårdens kvalitet. Problemet framträder tydligt i samband med beslut om besparingsåtgärder. En allmänt accepterad lösning är att tillämpa generella reduceringar av anslagen, vilket i praktiken innebär en bestraffning av tidigare effektiva verksamheter.

Tiden är mogen

Det är välkänt att organisationer under perioder av expansion inte utnyttjar sina resurser optimalt och att man under perioder av stagnation tvingas till konsolidering och effektivisering av verksamheten. En förändring av styrsystem medför nödvändighet påfrestningar för organisationen. Förändringen bör därför äga rum vid en tidpunkt då incitamenten för byte av styrsystem är starka.

Erfarenheterna av programbudgetering från 1960-talet visade hur man vid redan då hårt utsatta enheter som försvaret lyckades med att införa programbudgetering och nytto-/kostnadsanalys, medan expansiva sektorer som primärkommunal

och landstingskommunal förvaltning misslyckades tämligen totalt. Även erfarenheterna av de svenska storföretagens anpassning av styrsystemen till marknadens ändrade villkor under 1970-talet visar att organisationer snabbt ändrar sina styrsystem om tillräckligt starka incitament existerar. Vi kan konstatera att dessa incitament idag föreligger inom sjukvården.

En redogörelse för de aktuella problemen med sjukvårdens ekonomistyrning redovisas i en nyligen utgiven rapport från Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, Jönsson & Rehnberg [1986]. Denna artikel sammanfattar de slutsatser och förslag till åtgärder på olika nivåer inom sjukvården som där presenteras.

Förbättrad kostnadsredovisning på kliniknivå

Dagens sjukvård består av stora administrativa enheter med en ytterst komplicerad organisation. Det är viktigt att inse att en långtgående centralisering inom sjukvården är omöjlig. Effektiviteten i sjukvårdsprocessen avgörs på lokal nivå. Den viktigaste organisationsprincipen för förändringar inom landstingen har därför varit decentralisering. Idag pågår försök med rambudgetar där ansvaret för ekonomi och personal delegeras till kliniknivå. Denna decentralisering är inte helt genomförd ännu. Men förändringsinriktningen är klar och den har en avgörande betydelse för styrsystemets utveckling.

En förutsättning för ett effektivt resursutnyttjande på lokal nivå är att de verksamheter har kunskap om vilka kostnader som genereras av medicinska beslut. Dagens redovisningssystem visar endast i efterhand oftast långt efter verksamhetsårets slut, vilka kostnader en viss klinik haft. Kostnaderna för olika patientgrupper är omöjliga att identifiera och man får nöja sig med schablonmässigt framtagna 'snittkostnader'. Begrepp som kostnad

per vårddag eller kostnad per besök förutsätter att tjänsterna är homogena. Innehållet i en vårddag varierar dock med bl a diagnos, ålder, kön och det initiala hälsotillståndet hos patienten.

En sådan redovisning skulle framstå som helt oacceptabel inom andra näringsgrenar. För att åskådliggöra problemen med den nuvarande kostnadsredovisningen inom sjukvården kan en tillämpning inom den privata tjänstesektorn få utgöra exempel. Om t ex biluthyrningsfirmor som Interrent eller Avis tillämpade de redovisningsprinciper sjukvården gör idag skulle de för lastbilar, bussar, trailers, standardvagnar och lyxmodeller beräkna en genomsnittskostnad uttryckt som 'kostnad per uthyrningsdag', genom att den totala kostnaden under en tidsperiod divideras med det totala antalet uthyrningsdagar under samma period. Måttets användbarhet som underlag för t ex prissättning och bedömning av den mest lönsamma verksamhetsinriktningen behöver inte närmare kommenteras.

Såväl de traditionella budgeteringsprinciperna inom den svenska sjukvården som den prestationsbaserade ersättningen till sjukhus verksamheter under olika försäkringssystem har varit inriktade mot inputsidan. Sjukvårdsproducenterna har i huvudsak ersatts för de insatsfaktorer de utnyttjat i produktionen. En av anledningarna till att vårdproducenterna inte ersatts efter prestation är avsaknaden av ett relevant produktionsmått. Ända sedan mitten av 1960-talet har forskning bedrivits kring olika metoder att i kostnadsanalyser ta hänsyn till att patientsammansättningen vid olika kliniker och sjukhus varierar.

Det system som under senare år haft en stor internationell spridning är de sk diagnosrelaterade grupperna (DRG). DRG är ett klassificeringssystem för den somatiska korttidsvården, utarbetat vid Yaleuniversitetet i USA. Patienter med samma diagnos, operation, förekomst av komplikation/bidiagnos samt ålder sam-

manförs i homogena grupper med avseende på resursåtgång.

Detta öppnar flera möjligheter för ekonomistyrningen inom sjukvården, t ex att utforma kostnadsredovisningen så att resursförbrukningen för olika patientgrupper kan urskiljas. Den främsta egenskapen hos ett patientbaserat kostnadsredovisningssystem är att man kan utläsa de ekonomiska konsekvenserna av förändringar i det medicinska beslutsfattandet. I uppföljningar från år till år kan man konstatera hur kostnaderna för behandling av definierade patienter ändrats. Man kan exakt urskilja orsakerna till kostnadsändringarna och diskutera rimligheten i de gjorda förändringarna. Detta ger redovisningssystemet en viktig uppgift för beslutsfattandet om lämplig produktionsteknik på den lokala enheten.

En patientbaserad redovisning möjliggör även budgetering direkt på verksamhetsområden. Varje patientgrupp kan då ses som en produktionslinje. En tillämpning är att utveckla rambudgetsystemet så att de behandlande klinikerna ges ett totalt ansvar för respektive patientgrupps resursförbrukning och inte som idag endast de direkta kostnaderna. Bakgrunden till en sådan ansvarsfördelning är den centrala roll läkarna vid de remitterande klinikerna har för resursallokeringen totalt inom sjukhuset.

En grundläggande princip i styrsystemet bör vara att ansvar för kostnader följer med rätt och möjlighet att påverka kostnader. Klinikerna får sedan 'köpa' de tjänster som utnyttjas vid medicinska och administrativa serviceenheter. Modellen förutsätter att de producerande enheterna anger internpriser för egen produktion. Priserna kan fastställas genom administrativa beslut eller via förhandlingar.

I det senare fallet kan en intern marknad inom sjukhusorganisationen simuleras med förhandlingar mellan klinikerna och olika serviceenheter. En marknadsrelation där enheterna i större utsträckning köper och säljer tjänster till

varandra möjliggör ett effektivt utnyttjande av ledig kapacitet där försäljning kan ske till marginalkostnadspriser. Möjligheten finns även att utomstående företag, t ex privata laboratorier, lägger egna anbud i konkurrens med sjukhusets egna produktionsenheter.

Ett alternativ i syfte att skapa incitament till en högre produktivitet är att utnyttja DRG som ett prestationsmått och tilldela kliniken en budget i form av en ersättning per prestation. Kliniken kan då påverka sina resurser under budgetåret genom att öka produktionen. En produktionsminskning får också ett direkt genomslag i resurstilldelningen till kliniken. Huruvida DRG utgör ett lämpligt instrument för kostnadsredovisning och budgetering inom sjukvården är idag för tidigt att uttala sig om. Det finns dock starka skäl att göra experiment på kliniknivå för att se om så skulle vara fallet.

Sedan 1983 används i USA DRG som bas i det prospektiva ersättningssystemet för sjukhusens "Medicare"-patienter, dvs patienter vars vård betalas av den offentliga sjukförsäkringen. Det tidigare systemet där sjukhusen fick sin ersättning från försäkringssystemet på basis av de faktiska kostnaderna innehöll incitament att ge patienten så mycket behandling som möjligt. Resultatet blev att kostnaderna för sjukhusvård steg i höjden och stora kostnadsvariationer mellan olika sjukhus för behandling av samma sjukdom. Med ett i förväg reglerat pris för respektive patientgrupp finns nu i stället ett incitament att minska kostnaderna per vårdtillfälle.

Det är ännu tidigt att dra någon slutsats om det nya ersättningssystemets inverkan på den amerikanska sjukvården. Vissa effekter har dock redan noterats. En första effekt var att sjukhusen ändrade sina redovisningssystem så att kostnaderna för olika DRGs kunde utläsas och jämföras med intäkterna enligt den fastställda taxan. Bland de resultat som rapporterats är, som förväntat, en reducerad vårdtid. Detta antog man att sjukhusen kunde

kompensera genom att öka antalet intagningar. Antalet intagningar har dock inledningsvis reducerats och antalet återremitteringar har inte förändrats.

En typ av kritik som riktats mot DRG-systemet är de möjligheter som finns att manipulera systemet. Problemet har gett upphov till begreppet "DRG-creep" eller diagnosglidning med vilket avses ett avsiktligt och systematiskt manipulerande av diagnosstämningen i syfte att klassificera patienten i den mest förmånliga ersättningsgruppen. Rapporteringen av bidiagnoser har också ökat sedan DRG infördes, vilket dock även kan förklaras av tidigare brister i rapporteringen. När det nya ersättningssystemet infördes fruktade många att vårdkvaliteten skulle bli eftersatt och att patienterna skulle sändas hem för tidigt. Vid ett antal uppmärksammade patientfall har också patienter erhållit en otillräcklig vård. Det är dock oklart huruvida dessa fall kan tillskrivas DRG-systemet.

Populationsbaserad budgetering inom landstingen

De förslag till förbättringar av kostnadsredovisning och prestationsmått som idag diskuteras gäller främst den slutna vården. Det är dock på sikt nödvändigt att utveckla och etablera ett styr- och kontrollsystem inom sjukvården där samtliga vårdformer omfattas. När en sjukvårds-konsument söker vård för ett problem efterfrågas inte en särskild åtgärd (t ex ett operativt ingrepp), utan en behandling som kan kräva en kombination av åtgärder.

Erfarenheterna av de amerikanska hälsovårdsorganisationerna (HMO) visar hur man genom ett kontrakterat totalansvar för anslutna medlemmars vårdbehov lyckats begränsa sjukvårdskostnaderna. Genom att fastställa en resursram eller en totalbudget för hälso- och sjukvård för en befolkningsgrupp, t ex boende inom ett visst geografiskt område, ges incitament

att optimera vårdinsatserna över hela sjukdomsperioden oberoende om behandlingen sker i öppen eller slutenvård.

En möjlighet inom landstingen vore att budgetera på primärvårdsdistrikt. Genom en sådan budgeteringsprincip låser man den totala budgeten i relation till en bedömning av sjukvårdsbehovet för den definierade populationen. Primärvårdsdistriktet kan sedan, utifrån egna förutsättningar och de andra alternativ som finns, välja mellan att ha produktion i egen regi eller att genom avtal med vårdproducenter köpa viss service. De sistnämnda organiseras som oberoende budgetenheter och tilldelas medel genom kontrakt enligt de principer för regionavtal som idag upprättas mellan landstingen.

Grunden för sjukhusens prissättning kan utgöras av DRG eller något motsvarande klassificeringssystem. I princip föreligger inget hinder för att primärvårdsdistriktet sluter avtal om service med vårdproducenter utanför länsgränsen. Priset för planerade (elektiva) behandlingar kan fastställas i avtal medan akutfall debiteras ett standardpris som är generellt för hela landet.

Vidare möjliggör en sådan budgeteringsprincip att man skapar konkurrens mellan olika producerande enheter. Sjukvårdens roll som företrädare för konsumentintresset kan separeras från dess roll som producent. Det är också möjligt att kombinera ett sådant system med valfrihet för patienten när det gäller tillhörighet till ett primärvårdsdistrikt. Genom att tillåta försöksverksamheter kan en utvärdering äga rum för att kartlägga om fördelningssystemet och incitamentstrukturen ger de önskvärda effekterna.

Den populationsbaserade budgeteringsprincipen som HMOs tillämpar är inte utmärkande för det amerikanska sjukvårdssystemet. Tvärtom framstår HMOs, med en ökad tillströmning av medlemmar, alltmer som ett alternativ till

det traditionella försäkringssystemet i USA. I flera jämförelsestudier, mellan HMOs och den traditionella vårdsektorn, har HMOs uppvisat 10–40 procent lägre totalkostnader för sina medlemmar. Skillnaderna förklaras främst av ett lägre utnyttjande av slutenvård. Flera HMOs har egna öppenvårdsenheter samtidigt som man vid behov köper tjänster av sjukhus och specialister. Eftersom läkarna vid dessa enheter har incitament att hålla totalkostnaderna nere, finns ett intresse att begränsa utnyttjandet av sjukhustjänster. Det bör påpekas att samtidigt som en betydande kostnadsskillnad föreligger till HMOs fördel, finns det få belägg för att man lyckats begränsa kostnadsökningarna mer än sjukvårdssektorn i övrigt.

Anslutningen till HMOs är inte slumpmässig, vilket gör jämförelser av vårdutnyttjandet osäkra. Kritik har riktats mot att HMOs genom selektivt urval lyckats uppnå ett lägre sjukhusutnyttjande. I de studier där man sökt kartlägga effekten av selektivt urval har motstridiga resultat erhållits. Inga avgörande skillnader vad beträffar åldersstruktur och hälsostatus har dock konstaterats. Senare har man även i en omfattande kontrollerad studie, där slumpvis utvalda grupper erhållit vård genom en HMO respektive den traditionella vårdsektorn, kunnat bekräfta tidigare resultat att kostnaderna för vården kan sänkas utan negativa konsekvenser för patienternas hälsa.

Tillämpning på nationell nivå

Landstingens inflytande och kontroll över utvecklingen inom svensk sjukvård har successivt ökat. Detta uttrycks bl a i den nya hälso- och sjukvårdslagen, där landstingen ges ett totalansvar för befolkningens hälsa och tillgång till sjukvård. En sådan förändring är också i samklang med utvecklingen av en behovsbaserad planering baserad på regionalt definierade befolkningsgrupper. Det arbete som Landstingsförbundet och Socialstyrelsen ge-

nomfört i syfte att visa på regionala skillnader i vårdbehov och resurser anknyter också till detta synsätt.

En utveckling där landstingen har ett totalansvar för sjukvården ligger väl i linje med resultaten från den teoretiska och empiriska forskningen kring hur hälso- och sjukvård bör organiseras för att ge korrekta incitament till förbättrad effektivitet. Det finns dock två centrala frågor som måste diskuteras och utredas ytterligare. Den första frågan gäller möjligheterna att ytterligare decentralisera kontrollen över resurserna till landstingsnivå och den andra vilka krav en sådan decentralisering ställer på förändringar i landstingens funktionssätt.

Genom Dagmar-uppgörelsen fick landstingen kontroll över de finansiella resurser från sjukförsäkringen som var avsedda för den öppna läkarvården. I stället för en prestationsersättning till såväl landstingsanställda läkare som privatpraktiserande läkare fördelas sjukförsäkringens pengar enligt ett visst system baserat på antalet invånare i varje landsting. Detta gör att resurserna inte längre specialdestineras till den öppna vården utan landstingen har möjligheter att använda dem efter eget gottfinnande.

Landstingen har nu kontroll över ca 80 procent av sjukvårdens finansiella resurser. Det som återstår är framför allt tandvården och läkemedlen. Det torde knappast föreligga några större problem att också fördela ut dessa till landstingen efter någon form av behovskriterier i stället för som nu efter graden av vårdutnyttjande. Det skulle finnas flera fördelar med en sådan förändring.

Om vi först tar tandvården skulle detta kunna innebära att den nuvarande etableringskontrollen på tandläkarsidan skulle kunna slopas. Det centrala skälet för etableringskontroll är att detta skulle leda till en ojämn regional fördelning av tandvårdsresurserna. Vidare skulle en sådan lösning underlätta samordnandet mellan tandvård och sjukvård vilket är väsentligt

av flera skäl. Som exempel kan nämnas att en av de nya och snabbt expanderande behandlingsformerna, de vävnadsintegrerade tandproteserna, kräver både kirurgiska och tandtekniska insatser. Även när det gäller tandvården för de äldre, ett annat snabbt expanderande område, finns ett stort behov av integrering mellan tandvård och sjukvård.

Läkemedlen är en central produktionsfaktor inom hälso- och sjukvården. Den är komplementär till såväl den slutna vården som främst läkarbesöken i öppen vård. För den slutna vården står redan idag landstingen som finansär av läkemedelskostnaderna. Det nuvarande systemet innebär snedvridande incitament för landstingen att reducera läkemedelskostnaderna i den slutna vården genom att läkemedlen i stället förskrivs i öppenvården.

I den öppna vården innebär det faktum att läkemedlen finansieras separat att det saknas incitament till en optimal avvägning mellan läkemedel och andra resursinsatser inom den öppna vården. Detta kan leda till såväl över- som underkonsumtion av läkemedel. Det finns således starka skäl till att inkludera finansieringen av tandvård och läkemedel i landstingens totala kostnadsansvar.

Men även om detta görs finns ett väsentligt optimeringsproblem kvar och det gäller avvägningen mellan sjukvårdsresurser och sjukförsäkringsutgifter för sjukskrivning. Idag finns inga incitament för landstingen att styra sjukvårdsresurserna så att sjukförsäkringsutgifterna minimeras. Detta är väsentligt ur såväl finansiell som hälsoekonomisk synvinkel.

Ett exempel på vilka konsekvenser detta kan ha är den nya metoden att behandla njursten genom stötvågsbehandling i stället för invasiv kirurgi. Stötvågsbehandling finns idag endast vid ett centrum i landet och kostnaderna för stötvågsbehandling är ungefär desamma som för kirurgisk behandling. För ett landsting med överskottskapacitet inom den kirurgiska

verksamheten kan kostnaderna vara lägre för kirurgisk behandling.

Vid kirurgisk behandling krävs vanligtvis minst en månads sjukskrivning i samband med njurstensoperation. Vid stötvågsbehandling krävs vanligen högst en veckas sjukskrivning och ofta ingen sjukskrivning alls. De stora vinsterna av behandlingen ligger i att den ger väsentligt mindre trauma för patienten och väsentligt mindre utgifter i sjukvårdsförsäkringen och mindre produktionsbortfall.

Det nuvarande finansieringssystemet inom sjukvården motverkar spridningen av denna teknologi som har uppenbara fördelar både för patienten och ur ekonomisk synvinkel. Det finns därför starka skäl till att överväga om inte hela sjukförsäkringen skall läggas över på landstingen. Kontrollen av sjukförsäkringens utnyttjande finns redan idag till sin huvuddel inom sjukvården. Ett ökat ekonomiskt ansvar för läkarna ger naturlig möjlighet för samordning och avvägning mellan sjukvårdsutgifter och försäkringsutgifter.

Det finns redan exempel på överenskommelser där sjukförsäkringens medel utnyttjas för att reducera vårdköer och därmed sjukskrivningsbehov. Även när det gäller sjuktransporter finns ett behov av samordning mellan landsting och försäkringskassa. Sådana avvägningar skulle bli ett naturligt inslag om samma part hade ansvar för både vård och sjukförsäkring.

Sjukförsäkringens resurser skulle kunna fördelas mellan landstingen efter en formel som tog hänsyn till de olikheter i behov som finns i olika delar av landet och de skillnader i ekonomiska möjligheter som föreligger att tillgodose dessa behov. Här finns en möjlighet att koppla ihop fördelningen av försäkringsersättningarna med den landstingskommunala skatteutjämningen.

Genom att landstingen ges ett reellt totalansvar för sjukvården kan den nationella planeringen i stort sett avskaffas.

Landstingens uppgift är att sörja för att befolkningen har ett bra hälsotillstånd och en god tillgång till sjukvård. Däremot behövs ingen speciell planering av landstingets vårdproduktion.

De landsting som kan bygga upp en effektiv produktion och därmed också attrahera patienter från andra landsting bör självfallet få ett motsvarande resurstillskott och detta löses bäst i betalningar mellan landstingen. Ett sådant system är redan på gång inom regionsjukvården. Det finns ingen anledning att inte tillåta de olika landstingen ett fritt val av var vården skall produceras. Socialstyrelsen och andra nationella organ kan begränsa sin verksamhet till en övervakande roll och till att genomföra den styrning som är nödvändig i form av information och lagstiftning.

Landstingens uppgift blir att använda de tilldelade medlen för att tillgodose innevånarnas vårdbehov och uppfylla de hälso- och sjukvårdspolitiska målen. Detta förutsätter att landstingen agerar främst som konsumentorganisationer. Traditionellt har landstingen haft ansvar för produktion av främst slutenvård. Detta återspeglas i såväl dagens struktur som beteendet inom organisationen.

Genom att landstingen också får tillgång till sjukförsäkringsresurserna förstärks landstingets roll som försäkringsorganisation och konsumentföreträdare. För att landstinget skall kunna fungera i denna roll fordras en klar separering av ansvaret gentemot konsumenterna och ansvaret för produktionen av sjukvården. Utan att göra anspråk på en fullständig utvärdering av Dagmar-reformen tyder den initiala erfarenheten på att man inom flera landsting har svårigheter att kombinera dessa två roller.

I ett landsting med totalansvar för sjukvården och som skall fungera både som regleringsmyndighet, konsumentföreträdare och producent kommer sjukvårdspolitikerna ofta i den situationen att man måste spela flera olika roller. Detta

kommer inte att vara möjligt på sikt utan man tvingas välja. Hur en rollfördelning skall utformas i detalj kan variera mellan landstingen. En möjlighet är att sjukvårdspolitikerna renodlar konsumentrollen och rollen som regleringsmyndighet och frigörs från produktionsansvaret, vilket överläts till de administrativa och medicinska professionerna.

Sjukvårdspolitikerna kan sedan genom avtal med vårdproducenterna styra inriktningen av verksamheten. Detta kommer att underlättas av att landstingen inte har något eget produktionsansvar. Det blir möjligt att diskutera förändringar av såväl ägande som det administrativa ansvaret för olika producerade enheter. Det vore t ex möjligt att primärkommunerna tog över ansvaret för driften av vårdcentralerna och anställningen av personal. Det är också möjligt att landstinget sluter avtal med privata vårdgivare.

Experiment och utvärdering

De redovisade förslagen till förbättrad ekonomistyrning inom sjukvården bygger på förutsättningen att det finns ett brett stöd för det nuvarande hälso- och sjukvårdssystemet i befolkningen. Det finns ingen grund eller starka motiv för en radikal förändring av den nuvarande svenska modellen. Men lika litet som det finns en politisk majoritet för en grundläggande systemförändring, lika osannolikt är det att finna en politisk majoritet för en signifikant ökning av sjukvårdens andel av bruttonationalprodukten. I en tid av låg ekonomisk tillväxt måste därför resurser för nya verksamheter skapas genom produktivitetsökningar och nedskärningar. Detta ställer nya krav på ekonomistyrningen.

Svensk sjukvård präglas av både idealitet och starkt engagemang på alla nivåer av verksamheten. Inte minst de anställda inom den offentliga sjukvården har en stark lojalitet mot det nuvarande systemet. Även om verksamheten fungerar väl

och Sverige har, vilket ofta hävdas i högtidliga sammanhang, världens bästa sjukvård så finns betydande svagheter på vissa punkter.

Den viktigaste är avsaknaden av incitament för att utnyttja resurserna på ett effektivt sätt. Tvärtom kan man peka på snedvridande incitament som t ex att verksamheter som hushållar med resurserna får lägre budget nästkommande år eller kliniker som tar på sig större arbetsuppgifter inte får motsvarande resursökningar. Eftersom sjukvårdens effektivitet bestäms av de miljontals beslut som de som är verksamma inom sektorn fattar varje dag, är det av utomordentligt stor vikt att skapa ett incitamentsystem som ger korrekta signaler.

En grundläggande princip i de förslag till förändringar av sjukvårdens ekonomistyrning som presenterats är begränsningen av antalet finansieringskällor. En enhetlig total ersättningsform ökar incitamenten att optimera de medicinska insatserna på olika nivåer i vårdorganisationen. Ju mer splittrad ersättningen är, desto större är incitamenten till överbehandling.

Aven om finansieringen inom sjukvården i huvudsak begränsas av staten genom sjukförsäkringen och landstingen genom landstingsskatten är fördelningsmekanismerna och budgetstrukturen sådana att en optimal användning av sjukvårdens resurser försvåras. Spridningen av den ekonomiska kontrollen tar sig uttryck i en budgettilldelning inriktad mot organisatoriska enheter, särbudgetering av t ex kapital och handikapphjälpmiddel samt en separat finansiering av bl a läkemedel. Mot denna bakgrund är det knappast förvånande att primärvårdens utbyggnad inte resulterat i ett minskat utnyttjande av den slutna vården.

En fördel med de åtgärder som föreslagits är att de är möjliga att testa i mindre skala. Det är möjligt att göra experiment med ett nytt sätt att tilldela resurser på kliniknivå baserat på antalet behandlade

patienter av olika slag och till detta koppla ett nytt system för kostnadsredovisning. Experiment kan med fördel göras på ett litet antal kliniker och även om det hela skulle leda till ett misslyckande blir kostnaderna mycket små. Det är emellertid viktigt att experiment görs på ställen som har ett engagemang och en önskan att genomföra experimentet. Om det visar sig att det nya systemet fungerar på experimentklinikerna kan det sedan successivt utvecklas till andra kliniker.

Samma gäller försöken med en totalbudget för sjukvården på primärvårdsområdesnivån. Det är möjligt att välja ut några vårdcentraler där personalen har ett starkt engagemang för att ta på sig ett sådant experiment. Självfallet måste man också ställa de nödvändiga resurserna för att genomföra experimentet till deras förfogande. Dessa resurser blir ändock mycket små jämfört med vad som satsas på olika slag av utredningar inom sjukvården. Vi behöver mera experiment och mindre utredningar.

Det är också möjligt att göra experiment med att lägga ut sjukförsäkringen till landstingen och starta med att göra detta för ett eller två landsting. Man kan då lämpligen starta med mindre landsting med en väl avgränsad verksamhet, t ex Jämtland och Gotland. Genom att göra experiment på detta sätt kan vi få fördjupad kunskap både om det nuvarande systemet och effekterna av föreslagna förändringar.

Inom svensk sjukvård används mycket stora resurser för planering och utredningar. Det är rimligt att ta en del av dessa resurser och använda för experiment med nya verksamhetsformer. Det är inte möjligt att planera och utreda fram en effektiv sjukvård. Det är inte heller möjligt att enbart med hjälp av teoretiska spekulationer åstadkomma en bättre sjukvård. Genom experiment och utvärdering baserade på väl genomarbetade vetenskapliga principer kan vi däremot på lång sikt åstadkomma en bättre sjukvård.

De politiska förutsättningarna

Vi har tidigare konstaterat att incitamenten till förändring är starka. Ovanstående förslag baseras på förutsättningen att en förbättrad ekonomistyrning inom sjukvården är en idé vars tid är kommen. En osäkerhetsfaktor är emellertid hur hälso- och sjukvårdens politiska ledning ställer sig till införandet av ett nytt ekonomisystem. Är det realistiskt att förutsätta att politikerna har möjligheter och vilja att driva en förändring som förutsätter ett decentraliserat managementansvar och nedskärningar av vissa verksamheter för att utveckla nya områden? När det gällde näringslivets strukturproblem under 1970-talet visade det sig både nödvändigt och möjligt att rekrytera företagsledare som kunde banta, omstrukturera och effektivisera verksamheter. Kommer vi att få landstingsråd som är beredda att göra detsamma och kommer de att få stöd för en sådan politik?

Referens

Jonsson, B och Rehnberg, C [1986], *Effektivare sjukvård genom bättre ekonomistyrning*. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, DsFi 1986:3.