

Att köpa hälsa: kontraktstyrd sjukvård i Norden

Taina Mäntyranta

John Øvretveit

Under 1980-talet ökade de medicinska möjligheterna och därmed efterfrågan och behov av sjukvård i de nordiska länderna. Det ledde till ökande kostnader och allt större svårigheter att planera och hålla sjukvårdskostnaderna inom avsedda ramar. För att få kostnaderna under kontroll, öka produktiviteten och tydliggöra förhållandena mellan beställare och producenter av hälso- och sjukvård infördes marknadsliknande styrformer med kontrakt. Kontraktstyrning har lyckats bäst med precisering av roller, men sämre som metod för totalkostnads-kontroll. Framtidens utmaningar för kontraktstyrning är hur man definierar kvalitet i kontrakt, hur man följer upp kontraktens effekter och hur man utvecklar kontraktstyrning till ett planeringsverktyg för att uppnå bättre hälsa för befolkningen.

Taina Mäntyranta är lektor i management vid Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg samt assistent vid Institution för Folkhälsovetenskap i Helsingfors Universitet. John. Øvretveit är professor i management vid Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg, vid Bergen Universitet och Karolinska Institutets Medical Management Programme.

Kontrakt i sjukvården är inget nytt. Det har alltid funnits någon form av avtal eller "kontrakt" mellan patient, betalare och vårdgivare oavsett styrformer och finansieringsmodeller. Det som var unikt för de nordiska länderna, var att det fram till början av 1990-talet nästan uteslutande var det offentliga som både ägde, drev och finansierade vården (Øvretveit 1995). Mellan å ena sidan den finansierande avdelningen i fylke, amt, landsting eller kommun och å andra sidan den som var anställd som ansvarig för driften fanns interna avtal i form av en budget. Om efterfrågan av vård tillfredsställdes i högre omfattning än vad som planerats, innebar det att budgeten överskreds. För detta saktades i allmänhet sanktionsmöjligheter.

Ett annat typiskt nordiskt särdrag är den starka politiska och decentraliserade styrningen av välfärdsystemen. För sjukvårdens del innebär det att organisation, drift och prioriteringar långt ner i systemet görs regionalt och lokalt med politiska och ideologiska utgångspunkter, snarare än med medicinska och effektmässiga mål. Det lokala självstyret innebär risker för geografiska olikheter i tillgänglighet till vård och dess innehåll.

Redan i den norska prioriteringsutred-

Det som var unikt för de nordiska länderna, var att det fram till början av 1990-talet nästan uteslutande var det offentliga som både ägde, drev och finansierade vården

ningen (NOU 1987:23) konstaterades att det inte längre är ekonomiskt rimligt att inom hälso- och sjukvården genomföra allt det som är medicinskt möjligt. En ökande andel allt friskare äldre i befolkningen ökar kontinuerligt efterfrågan på vård för åldersrelaterade krämpor som ledoperationer och operationer för grå starr samtidigt som också behoven av omvårdnad för andra grupper med konsekvenser av slaganfall och demens ökar (HSU 2000).

I slutet av 1980-talet möttes de ökande kraven med ökande kapacitet och kostnader inom vården. Men med ökande efterfrågan, ökade medicinska behov och nya medicinska metoder blev det allt svårare att planera och hålla hälso- och sjukvårdsbudgetarna. Samtidigt gick de nordiska länderna in i perioder av långsammare ekonomisk tillväxt, som gjorde det nödvändigt att stoppa upp kostnadsökningen inom vården. Detta var orsakerna att också de nordiska länderna långsamt lämnade den i huvudsak offentligt drivna vården för att pröva marknadsliknande metoder med syfte att få bättre kontroll över sjukvårdskostnaderna och effektivisera vården (Idänpään-Heikkilä 2000). Genom den långt drivna decentraliseringen – utom i Island – kom huvudmännen att prova olika modeller och i olika tempo.

Den finansieringsmodell som infördes i Storbritannien efter andra världskriget som bas för National Health System (NHS) har fått sitt namn efter Lord Beveridge. Beveridge-modellen är också den som tillämpats i de nordiska länderna med skattefinansierad sjukvård i det offentligas regi. Det är därför naturligt att utvecklingen inom NHS varit viktig som modell för de nordiska länderna. Inom NHS infördes beställar-utförarmodeller under 1980-talet. Beställare var lokala myn-

Det är naturligt att utvecklingen inom NHS varit viktig som modell för de nordiska länderna

digheter ansvariga för sjukvård (Health Authorities) och några allmänläkarmottagningar (Fund Holders). Utförare eller producenter var självständiga stiftelser. Beställaren kunde koncentrera sig på planering och beställning utan att behöva producera vård. Genom konkurrens mellan producenter förväntade man sig ökad effektivitet. Genom att göra primärvårdens enheter ekonomiskt ansvariga ville man också skapa incitament för ett restriktivare utnyttjande av specialistvård vid sjukhus och en bättre koordination mellan primär- och sjukhusvård (Øvretveit 1995).

De första landstingen i *Sverige* som började med beställar-utförarmodeller var Dalarna, Stockholm och Bohuslän. Dalamodellen innebar att primärvården fick ekonomiskt ansvar även för delar av sjukhusvården. Någon konkurrens mellan producenterna uppstod dock inte eftersom sjukhusen organiserades i en gemensam sjukhusgrupp. En av svagheter i modellen var primärvårdens informationsunderläge i rollen som beställare och därmed dess beroende av producenterna.

I Stockholms läns landsting skapades sjukvårdsområden som beställare av sjukhusvård och samtidigt producenter av primärvård inom sina respektive geografiska områden. Även psykiatri och geriatrik producerades lokalt av beställarna. En viktig effekt av Stockholmsmodellen ("Greppet") var utveckling av beställar- och kontraktskompetens. Till detta bidrog införande av DRG-systemen.

Bohusmodellen hade fördelen av en lång startsträcka på flera år med systematisk utveckling av gemensamma informationssystem, som gjorde det möjligt att mäta och ersätta given vård. Även i Bohuslandstinget fick primärvården en central ställning som beställare, men till skillnad från Dalarnas decentraliserade modell samlades i Bohuslän beställarna i tre kanslier.

År 1991 fick Sverige en borgerlig regering som 1993 införde Husläkarlagen, som innebar att primärvården fick en mer central ställning genom att alla invånare skulle knytas till en viss, namngiven allmänläkare. Genom dennes försorg skulle patienten erbjudas vård på lämplig nivå inom systemet. Effektivisering och kostnadsreduktion av andra linjens vård skulle ske genom funktionell grindvaktfunktion och remisstyrning. För samhället begränsades kostnaderna genom att familjeläkarna ersattes genom kapitering fastlagd i kontrakt, oavsett om mottagningarna drevs som intraprenad eller entreprenad.

År 1992 genomfördes Ädel reformen. Den innebar att kommunerna fick 20 procent av landstingens sjukvårdspengar, sjukhemmen överfördes i kommunernas regi och dessa fick ansvar för äldrevården. Genom statsbidrag kunde fler och modernare sjukhemplatser snabbt tillskapas. Formellt avvecklades sjukhemmen och ersattes av särskilt boende, vilket innebär att vårdtagarna i de fd sjukhemmen numera betalar hyra till kommunen och ersättning för kost och omsorg till omsorgsgivaren. Den snabbaste utvecklingen av kontraktstyrd vård med externa och interna vårdgivare kom att genomföras inom den kommunala sektorn i driften av fd sjukhemmen.

Efter valet 1994 återkom den socialistiska

De lokala lösningarna går språngvis och omfattar olika områden av medicinen

regeringen och de flesta landsting fick socialistiska majoriteter. Detta i kombination med fortsatt vikande konjunkturen gjorde att utvecklingen delvis tog ny riktning. De marknadsliknande metoderna hade inte lyckats lösa problemen med höga kostnader, bristande effektivitet och brister i kvaliteten. Den nya trenden blev optimering av resursutnyttjandet genom samverkan och profilering i stället för konkurrens. Vårdkedjor och vårdkedjeprogram utvecklades och de mindre sjukhusen kopplades till större i parsjukhusmodellen. Antalet sjukhussängar reducerades, flera mindre sjukhus avvecklades som akutsjukhus och blev stora vårdcentraler med specialistmottagningar, dagkirurgi, medicinsk dagvård och rehabilitering.

Slutet av 1990-talet kännetecknades av ny högkonjunktur med minskade behov av åtstramning. Däremot fanns fortsatta behov av prioriteringar och omfördelning och som instrument för denna återkom den lokala experimentlustan och kontraktstyrning blev åter inne. År 2001 har de tre största huvudmännen, med ansvar för halva befolkningens sjukvård fattat principbeslut om att all vård skall konkurrensutsättas och därmed också kontraktstyras. De lokala lösningarna går språngvis och omfattar olika områden av medicinen. Inom den kommunala sjukvården i Sverige är hälften av all verksamhet år 2001 kontraktstyrd.

I *Finland* är kommunerna ansvariga för hälso- och sjukvård. Primärvården organiseras och drivs av kommunerna själva var

och en eller i samverkan. Sjukhusen ägs och drivs av 20 sjukhusdistrikt till vilka alla kommuner måste vara anslutna.

År 1993 genomfördes en statsbidragsreform. Tidigare statsbidraget betalades direkt till sjukhus eller vårdcentral och hälso- och sjukvården var relativt centralt strykt genom ekonomisk- och normstyrning. Efter reformen gick statsbidraget till kommunerna, som fick stor autonomi att driva och organisera hälso- och sjukvård. Statsbidragsreformen gjorde det också möjligt för kommunerna att köpa tjänster från alla offentliga eller privata sjukhus, men få kommuner har utnyttjat dessa möjligheter. Kommunerna har däremot börjat införa kontrakt för att formalisera förhållandet mellan dem och sjukhusen.

De flesta kommunerna förhandlar årligen om sjukhustjänster med närmaste sjukhusdistrikt, men dessa förhandlingar har i allmänhet inte lett till formella kontrakt, utan ramverk om antal och pris för specialisttjänster. Priserna är oftast satta av sjukhusen. Kommunerna har genom informationsunderläge haft svårt att kontrollera sjukhusvårdens innehåll och kostnader och flera kommuner har börjat med utvecklingsprojekt i syfte att få mera precisa kontrakt (Idänpään-Heikkilä 2000, HiT Finland 2001).

Sammanfattningsvis kan man konstatera att kontraktstyrning fortfarande är i pilotfas i Finland. Motivering för kontraktstyr-

Motivering för kontraktstyrning är ofta relaterade till ekonomisk kontroll av sjukhuskostnaderna och det finns lite evaluerad information om styrning mot önskade effekter

Kontrakten utvecklas i centrala överläggningar och inte lokalt för var och en läkare

ning är ofta relaterade till ekonomisk kontroll av sjukhuskostnaderna och det finns lite evaluerad information om styrning mot önskade effekter.

I Danmark är amten ansvariga för all sjukvård. Primärvården ges av fristående praktiserande läkare med kontrakt med amten. Kontrakten utvecklas i centrala överläggningar och inte lokalt för var och en läkare. Inom detta område har utvecklingen kommit längst i Norden.

Specialistvården finansieras med hjälp av prospektiva globalbudgeter. De tre första amten som började med kontraktstyrning av sjukhusvård i början av 1990-talet använde aktivitetsbaserade kontrakt som supplement till rambudgetar. Motiven för kontrakten var att öka produktiviteten, men inte öka konkurrensen mellan sjukhus. Kontrakt upprättas mellan amtens politiska ledningar och sjukhusledningarna och innehåller sjukhusets budgetram, kvantitet och kvalitet av produktionen, men varierar mellan amten (Engberg 1997, HiT Danmark 2001).

I Norge är kommunerna ansvariga för primärvård och fylkena för specialistvård. Kommunläkarna är i allmänhet anställda av kommunerna. Sedan år 1998 finansieras sjukhusen genom modifierade blockkontrakt, som också innehåller en prospektiv, aktivitetsbaserad del (HiT Norway 2000). Någon egentlig beställar-utförare reform har inte ägt rum i Norge, utan det har varit mer av experimenterande för att specificera

specialistjänsterna på sjukhusen bättre. Avtalen har i sin styckprisdela baserats på DRG.

Från och med 2002 övertar staten ansvaret för alla offentliga sjukhus i Norge (Lag om helseforetak) och har organiserat dem i regionala hälsoföretag enligt bolagsmodell där staten representeras av Social- och hälsodepartementet äger samtliga andelar. Reformen ger möjligheter för total beställarutförar modell.

I Island är hälso- och sjukvård mera centraliserad. Staten står för hela den offentliga finansieringen av hälso- och sjukvård. Det finns endast ett fåtal större sjukhus men ett flertal mycket små utlokaliserade över Island. Alla ägs och drivs av staten och kontraktstyrning har hittills inte varit aktuellt.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att någon total uppdelning mellan beställare och producenter inte skett i de nordiska länderna, vilket var målsättningen i Storbritannien. Genom separation av beställarfunktion och produktion av sjukvårdstjänster försökte man skapa beställarorganisationer, som kunde koncentrera sig på hälsopolitisk planering och beställning utan att producera vård (Øvretveit 1995). I nordiska länderna kan man i stället tala om partiell separation mellan beställare och producenter. I Sverige, Danmark och Finland brukar man också tala om konstgjord separation på en "pseudomarknad" när beställaren egentligen också äger produktions-

medlen. I den svenska modellen har de förtroendevalda samtidigt flera roller både som beställare av sjukvård och politiskt ansvariga för tillgänglighet och kvalitet i det som produceras samt som arbetsgivare för producenterna (Svalander 2001).

Kontrakttyper

Ett kontrakt är ett avtal mellan två parter, som definierar ersättningen till utföraren för tjänster som produceras. Parter som uppdrättat kontrakt är beställare, t ex landsting eller kommuner samt utförare som kan vara offentliga eller privata sjukhus, vårdcentraler, rehabiliteringsenheter och enstaka praktiker. När kontrakten går ut kan beställaren byta utförare. I praktiken har få beställare tillgång till flera alternativa utförare och tvärtom. Vanligen är kontrakten inte lagligt bindande (när det offentliga är både köpare och producent) och det finns få sanktioner om kontrakten bryts.

Det finns olika typer av kontrakt, som varierar i innehåll, detaljnivå och konsekvenser vid avbrytande av kontraktet (Øvretveit 1995). *Blockkontrakt* avtalar endast om tjänster, som skall produceras och innehåller inte antal patienter eller kostnader per patient. De innehåller inte incitament för att öka produktiviteten. *Pris- och volymkontrakt* ger incitament och specificerar totalantal patienter och pris. I *styckkontrakt* (single item) betalas för varje åtgärd, diagnostiskt test, terapeutisk procedur eller behandling.

I Sverige är kontrakt ofta fixerade styckpriskontrakt, med pris- eller volymtak och kvalitetskomponenter. Priserna förhandlas mellan beställaren och producenten. DRG är det mest använt instrumentet i somatisk vård, men variationerna mellan landsting är stora. Psykiatri och geriatrik är ofta finan-

Sammanfattningsvis kan man konstatera att någon total uppdelning mellan beställare och producenter inte skett i de nordiska länderna

Det finns olika typer av kontrakt, som varierar i innehåll, detaljnivå och konsekvenser vid avbrytande av kontraktet

sierade med rambudget (HiT Sweden 2001).

I Finland var de första kontrakten mellan kommuner och sjukhusdistrikt blockkontrakt, men kommunerna har behövt bättre instrument för att kunna delta i styrprocessen, få möjligheter att implementera lokal hälsopolitik och styra ökande kostnader. Därför har under senare tid nästa alla kontrakt varit detaljerade kostnads- och volymkontrakt (Idänpään-Heikkilä 2000).

I Danmark täcker aktivitetsbaserad kontrakt 10 % av sjukhusbudgetar och kompletterar rambudgetar (NOMESKO 2001).

Ett kontrakt kan täcka en ettårsperiod eller längre tid. Erfarenheten har visat att treåriga kontraktperioder ger utföraren bättre trygghet och möjlighet till långsiktig uppbyggnad och investering för en kvalitativt acceptabel verksamhet. I kontrakt med längre löptider kan det finnas avtalade möjligheter för beställaren att kräva förändringar t ex i verksamhetsinriktning eller kvalitetsnivå under kontraktperioden.

Kontraktcykel

Det finns olika modeller av kontraktcykeln (Øvretveit 1995, Calltorp m fl 2001, Idänpään-Heikkilä 2000) med åtminstone tre gemensamma faser: *preparationfas* bestående av behovsanalys, målformulering och prioritering av behov och åtgärder; *kontraktfas* där förhandling och avslutning av kontrakt sker samt *uppföljningsfas*.

Förberedelser behövs både för beställaren och producenten. Beställaren identifierar,

bedömer och prioriterar befolkningens hälsobehov. Bedömning av hälsotillståndet följs av fastställande av hälsomål och bedömning av lämpliga åtgärder och resurser för dessa. Beställaren bedömer vilka tjänster, som bäst tillgodoser behoven och gör grundläggande val mellan olika strategier t.ex. mellan preventiva och kurativa strategier (Calltorp m fl 2001).

Behovsbedömningen kan ske på olika sätt (Øvretveit 1995). Epidemiologisk behovsbedömning kan beskriva hälsotillståndet och vårdbehovet i visst område. I Finland har Folkhälsoinstitutet utvecklat en modell för lokal epidemiologisk behovsbedömning, vilket några kommuner och sjukhusdistrikt har använt i kontraktplanering. Epidemiologisk behovsbedömning kan också vara sjukdomsspecifik och innehålla utvärdering av olika behandlings- eller preventionsmöjligheter. I Sverige har beställarnätverk valt att ha bredare perspektiv med sjukdomsspecifik behovsbedömning, där behovet definieras som "ohälsogap" som systemet kan (och har råd) att åtgärda (Calltorp m fl 2001).

I kontraktfas orienterar man sig om marknaden, väljer utförare (offentlig eller privat) och förhandlar typ och innehåll i kontraktet (möjligen med flera utförare). Vanligen deltar politiker och tjänstemän från beställarsidan och tjänstemän från producentsidan i förhandlingarna. Professionella grupper från båda sidor kan också delta som experter (Idänpään-Heikkilä 2000). Det finns också variationer i beställarfunktionen; i Sverige är det ofta endast landstingstjänstemän som sköter beställarfunktionen i förhandlingarna; i Danmark är det amtspolitiker.

Utvärderingsfasen innehåller uppföljning och utvärdering. Kontraktsstyrning har

I utvärderingar kan det vara praktiskt att analysera producenternas organisation, metoder och resultat (output-outcome)

olika målsättningar i olika länder och område. Om målsättning är enbart att kontrollera kostnader och öka produktivitet, räcker möjligen uppföljning av ekonomi och produktion (output, t.ex. behandlade patienter eller antal operationer). Ett bra resultat är "samma produktion med mindre kostnader eller mera produktion med samma kostnader". Men målet för kontraktstyrning kan vara bredare: bättre vårdkvalitet eller förbättrat hälsotillstånd för befolkningen, och då behövs mera avancerade utvärderingsmodeller.

I utvärderingar kan det vara praktiskt att analysera producenternas organisation, metoder och resultat (output-outcome) (Calltorp m fl 2001). Organisationen kan innefatta administrativa system, ledarskap och interna kvalitetsystem liksom medarbetarnas kompetensnivå och förekomst av intern vidareutbildning. Metoderna kan gälla införandet och utnyttjandet av nya medicinska metoder och läkemedel samt anpassningen till befintliga vårdprogram och evidensbaserade rekommendationer. Resultat kan delas upp i output (indikatorer om behandlade patienter) och outcome (hälsovinster i populationen med indikatorer som mortalitet, morbiditet, livskvalitet). Acceptabla nivåer för de mätbara indikatorerna kallas ofta kriterier.

Både output och outcome är svåra att studera och studier kräver både kunskap och resurser. När det gäller output är patientblandningen lika viktig för resultatet som

den givna behandlingen. När det gäller outcome kan effekten dessutom ligga långt fram i tiden. Om beställaren och producenten redan i kontraktförhandlingen slagit fast att vissa metoder eller vårdprogram skall tillämpas, räcker kanske en utvärdering av producentens organisation (t.ex. antal personal och deras färdigheter) eller metoder (t.ex. hur stor del av patienterna som behandlats enligt överenskomna riktlinjer). Ofta är detta möjligt med rutinmässig data eller med lite extraarbete.

Nationella vårdregister, kliniska register och andra databaser ger också möjlighet att jämföra egna resultat med andras. Men klok utvärdering förutsätter klar målsättning i kontrakten. Utan klara mål det är svårt se om målen har nåtts. I bästa fall kan planering av uppföljning och utvärdering också hjälpa till att formulera klarare och mera konkreta mål i nya kontrakt.

Resultat

Resultat av experiment med kontraktstyrning beror på målsättningen. En målsättning har varit att få bättre kontroll över sjukhusproduktion och kostnader. I de fall sjukhusen varit offentlig ägda har kontraktstyrning inte lyckats. Anledningen är bristen på sanktioner om efterfrågan på vård tillfredsställs i större omfattning än vad som sägs i kontraktet och därmed kostnaderna blir högre än de överenskomna. Utan remiss tvång blir besöksfrekvensen vid sjukhusens akutmottagningar styrande för verksamhetsvolymerna. Till detta kommer att beställarna som ägare av sjukhusen också måste se till arbetstillfällena och säkerställa överlevnaden av sjukhusen..

Ett annat motiv för kontraktstyrning är produktivitetsökning. Budgetstyrning, som

Det tar tid och kraft att formulera kontrakt och att följa upp dem. Det är oklart om dessa kostnader sparas in genom ökad effektivitet

inte var knuten till antal behandlade patienter gav inga incitament att öka produktionen. Tvärtom blev varje ny patient ett hot mot budgeten. Med styckprisersättning som del i kontraktstyrningen har en ökning av produktivitet skett, men samtidigt har det inneburit risk för högre totalkostnader. Sofistikerade kontrakt har utvecklats, där betalning per patient minskar när aktivitetsmål har nåtts ("bruten ersättningskurva"), eller incitament för effektivitet, och inte för produktivitet. Det tar tid och kraft att formulera kontrakt och att följa upp dem. Det är oklart om dessa kostnader sparas in genom ökad effektivitet. Det har också funnits frågetecken om vårdkvaliteten när produktivitet och effektivitet fokuserats i första hand. Om detta saknas vetenskapliga studier.

Konklusioner

Kontraktstyrning introducerades i de nordiska länderna på 1990-talet mellan offentliga beställare och offentliga eller privata producenter av primärvård och sjukhusvård för att skapa kostnadskontroll och renodla deras ömsesidiga förhållanden. Kontrakten har lett till klarare specifikationer och bättre förståelse av kostnader för olika aktiviteter och patientgrupper. Kanske är den viktigaste aspekten av kontrakt deras funktion som verktyg för diskussioner av tjänster

och kvalitetsstandarder. Kontraktsprocessen ger beställaren och producenten ett strukturerat sätt att förstå varandras bekymmer och ett gemensamt planeringsinstrument.

Framtidens utmaningar för kontraktstyrning är hur man definierar kvalitet i kontrakt, hur man följer upp kontrakt och hur man utvecklar kontraktstyrning till planeringsverktyg för bättre hälsa för befolkningen.

REFERENSER

- Bergman, S (1998). Swedish models of healthcare reform: a review and assessment. *Int J Health Plan Man* 13:91-106. Calltorp J, Carlsson P, Holmström S, Levin L-Å, Persson J (2001). Att beställa hälso- och sjukvård. Teori och praktik utifrån fem exempel. Beställarnätverk för landsting i Sverige, Göteborg.
- Engberg L (1997). Tre amts kontraktstyrning af sygehusene. DSI rapport 97.04. Köpenham.
- Health care systems in transition (HiT). European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen: HiT Denmark (2000)
- HiT Finland (2001), draft
- HiT Sweden (2001)
- HiT Norway (2000)
- Idänpään-Heikkilä U (2000). Pilot contracting in health care in Finland. Examensarbete i Folkhälsovetenskap. MPH 2000:10, Nordiska hälsovärdshögskolan, Göteborg.
- NOMESCO (2001). Health statistics in the Nordic countries. Nordisk medicinalstatistisk kommitté, Köpenhamn.
- Svalander PA (2001). Om det finnes en ägare. En betraktelse kring Stockholmsmodellens grundläggande samspelsregler. S Samhällsorganisation. Landstingsrevisionerna, Stockholm.
- Åhgren B (2001). Sjukvårdens Ikea ger patienten mera makt. *Dagens Medicin* (14).
- Øvretveit J (1995). Purchasing for health. Open University Press, Buckingham.