

Efterfrågestyrning eller beställarstyrning?

- Ett dilemma i hälso- och sjukvårdens nya köp-säljsystem

Rolf Å Gustafsson

Det råder förvirring över vad hälso- och sjukvårdens nya ekonomistyrningssystem egentligen går ut på. Denna artikel belyser viktiga aspekter på köp-säljsystemen som de framträder i officiella dokument. De snabba förändringarna bär på inneboende motsättningar och risker. Nya beslut bör tas först efter att verkligheten fått tala. Vi måste helt enkelt lära oss mer om hur de nya ekonomistyrningssystemen fungerar i praktiken.

Rolf Å Gustafsson är knuten till Institutionen för internationell hälsa och socialmedicin vid Karolinska institutet. Han är docent i medicinsk sociologi och har bedrivit både aktionsinriktad och historiskt analyserandeforskning om arbetsmiljö och vårdorganisation.

Vart är vi på väg och varför?

Många känner bävan inför det i rasande tempo pågående systemskiftet i svensk hälso- och sjukvård. R G Evans ord förtjänar en plats i det allmänna medvetandet. Han är professor i nationalekonomi och ingick i den grupp på fem ledande hälsoekonomer som granskade den svenska vården vid två besök under 1991. *Denna expertpanel var överens om att någon kris egentligen inte rådde inom svensk vård* (1). Evans försökte också ge ett perspektiv på debattklimatet och utfärdade några varningens ord:

"Vi har fått höra att planekonomiernas kollaps i Östeuropa har fått en ekoeffekt i Sverige, och att man i vissa kretsar har formulerat svepande generaliseringar om 'misslyckandet' med planering och hur överlägset 'marknadssystemet' är, även om man aldrig får veta några detaljer om hur stor överlägsenheten är. Om det är så, innebär det en allvarlig och potentiellt farlig brist på information om utländska sjukvårdssystem, och bristande erfarenhet av att lära av dem. (...) Det finns ganska gott om varor med dålig kvalitet på marknaden för idéer om sjukvårdssystem, levererade av de ideologiskt hängivna, de intellektuellt otillräckliga och de fullständigt ohederliga. Idéer som inte accepterats hemma eller som har prövats och havererat, dumpas på världsmarknaden i hoppet att finna mindre välupplysta konsumenter." (Evans i Culyer A J & Evans R G et al *Svensk sjukvård - bäst i världen?* Stockholm: SNS 1992 s 124)

Hur en speciell problemtolkning uppstår och vinner terräng kan undersökas med hjälp av idéhistorisk och

kunskapssociologisk metod (2). Tyvärr kommer dock sådana analyser vanligen för sent för att kunna spela någon avgörande roll i beslutsfattandet. Det finns visserligen redan material som belyser de pågående förändringarna (3,4,5,6,7,8,9,10,11). Tempot har dock utgjort ett hinder mot en mer reflekterande hållning till de olika modellernas potentiella för- och nackdelar.

Går man till det skriftliga materialet är det svårt att få en klar bild av *förändringarnas syfte(n)*. I grunddokument och olika presentationsbroschyrer från exempelvis Stockholms läns landsting lyfter man fram ett tvåfaldigt syfte; att stärka patientens ställning genom ökad valfrihet och att få en effektivare hälso- och sjukvård (12). Ett annat språk talas dock i den första samlade genomgången av Stockholmsmodellens konkreta regler och ekonomiska ansvarsförhållanden. Under rubriken "ansvar för budget och resultat" anges bl a att: "...Resultatenheterna svarar för att de medelsramar som framgår av erhållna bidrag ej överskrids och vidtar erforderliga åtgärder för att nå uppställda mål och resultatkrav. *Vid konflikt mellan kostnadsram och produktionsmål skall kostnadsramen vara styrande.*" (SPRI-rapport 354 Stockholmsmodellen - beslutsbefogenheter och ekonomiskt ansvar, s 14, min kursivering i citatet. Rapporten är utgiven i samarbete med sjukvården i Stockholms län och i förordet står högste tjänstemannen i Stockholms läns landsting, sjukvårdsdirektören i HSNs koncernstab, och direktören för SPRI som gemensam under-tecknad.

Kostnadskontroll framträder här - i en bisats - som ett centralt syfte. Exemplet visar att det knappast är fruktbart att försöka förstå pågående förändringarna utifrån allmänt och slagordsmässigt formulerade syften.

Efterfråge- eller beställarstyrning?

Vill man förstå vad som kan hända inom svensk sjukvård de närmaste åren, är det klokare att ur dokumenten vaska fram de nya *handlingsmöjligheter* som öppnar sig för politiker, personal och patienter. I det kom-

Kostnadskontroll framträder - i en bisats - som ett centralt syfte

mande skall några steg tas i denna riktning. I den analysen är det viktigt att skilja mellan efterfrågestyrning och beställarstyrning:

Det som här benämns *efterfrågestyrning* har lyfts fram av forskarna Casten von Otter och Richard Saltman (13). Grundidén är att patienterna skall ges möjligheter att "rösta med fötterna", dvs att välja den vårdcentral, husläkare och det sjukhus han/hon personligen bedömer som bäst. Om pengarna följer patienten skapas en viktig kompletterande kanal för styrning av vården: De vårdenheter som visar sig mest lyhörda inför patienternas krav stabiliseras ekonomiskt och får positiva signaler. De enheter som inte efterfrågas hamnar i svårigheter. På sikt tvingas de göra något åt sin situation, annars riskerar de att slås ut genom minskat patientunderlag.

Beställarstyrning betecknar ytterst politikernas och de högre tjänstemännens styrning av vården. Här finns sedan länge betydande svårigheter, *dels* när det gäller politikernas förmåga att "fånga upp" medborgarnas krav och väga samman dessa (intresseaggregeringsproblemet), *dels* när det gäller politikernas möjligheter att i realiteten, via tjänstemännen, påverka verksamhetens uppläggning, dess kostnader och effekter (14,15).

Analys av de konkreta handlingsmöjligheterna

Frågan är nu om den nya valfriheten främst hänför sig till efterfråge- eller beställarstyrning. Analysen riktas här mot de handlingsmöjligheter *som öppnar sig för de olika aktörsgrupperna och som inte skulle varit möjliga i de tidigare systemen*. Det exempel vi utgår från är Stockholmsmodellen, dels därför att detta landsting är det ojämförligt största, dels därför att denna modell är föremål för en omfattande utvärdering.

Beställarnas valfrihet

De nya handlingsmöjligheter som tillfaller politiker (hälso- och sjukvårdsnämnden och sjukvårdsstyrelserna) och högre tjänstemän (sjukvårdsdirektör och bereställarnämnd) uppstår genom att två nya moment införs i organisationen:

A. *Tillskapandet av organisatoriska enheter vars uppgifter renodlas till att bli å ena sidan beställare/finansierare och å andra sidan enheter som åläggs rollen av producent/utförare*. Producenten kan då bli en *säljare* som får betalt per prestation (vid leverans av en tjänst eller annan identifierbar nytta, exempelvis

lokaler, utrustning e d). Detta hade 1992 skett i nio landsting (16). Beställaren övergår till att bli en *köpare* och får möjligheten att pressa priserna (eller framtvunga förändringar i kvalitet) genom att hota och/eller verkligen köpa från flera säljare. Detta leder över till det andra verkligt nya inslaget i svensk hälso- och sjukvård:

B. *Tillskapandet av marknadsliknande och/eller marknadsbaserad konkurrens*. Detta kan ske på olika sätt (se vidare SOU 1993:38, s 99 ff):

- *Konstruktion av interdebiteringssystem*: Producent/säljaren är i denna variant inte helt fristående i förhållande till beställaren/köparen, varför interdebitering kan betraktas som en marknadsliknande övergångsform. Parternas ömsesidiga beroende av varandra kan gälla både i administrativa avseenden (betingade av huvudmannaskapsförhållanden) och/eller hänföras till verksamhetens art när exempelvis s k "odelbarheter" föreligger: en helt genomförd uppsplittring av verksamheten i köpare och säljare är då omöjlig eller förenad med stora kostnader, beroende på att samma personal måste utnyttjas lokaler och teknisk utrustning samutnyttjas e d. Med ett interdebiteringssystem kan dock säljaren jämföras med potentiella konkurrenter. I förlängningen kan reell konkurrens uppstå i det fall köparen har tillgång till alternativ.

- *Konstruktion av interna marknader*: Köparen upphandlar tjänster och andra nyttigheter under konkurrens mellan olika anbudsgivare i den egna organisationen (intraprenad). På interna marknader finns dock fortfarande möjligheter till förhandling och annan påverkan mellan köpare och säljare, som går vid sidan av de köpsäljrelationer som etablerats (SOU 1993:38 s 104).

- *Relationer till externa marknader upprättas*. Här finns tre varianter: 1) Köparen anordnar anbudskonkurrens mellan samtliga möjliga säljare (externa och interna). 2) Köparen vänder sig enbart till externa anbudsgivare (entreprenad). 3) Genom husläkarreformen kan man säga att en tredje form av relation till den externa marknaden är under utveckling: Den privata husläkare hos vilken erforderligt antal patienter "listat sig" har option på entreprenad för primärvård (se nedan).

I kombination med varandra ger dessa två organisatoriska förändringar (A och B ovan) följande handlingsmöjligheter till beställaren:

1. Mellan sjukvårdsområdenas styrelser och akut-sjukhusen tecknas s k vårdöverenskommelser. I dessa regleras de ekonomiska villkoren för upphandling av sjukvårdstjänster och anges vissa kvalitetskrav. Denna

uppgift handhas av tjänstemännen i den s k beställarstyrelsen. F o m 1993 får alla akutsjukhus i Stockholm betalt per behandlad diagnos enligt ett speciellt utarbetat system med takpriser. Dessa är ett slags styckepriser, som ej får överskridas.

Akutsjukvårdens prestationer definieras med hjälp av DRG (slutenvård), KÖKS och KÖMS-systemen (för kirurgisk respektive medicinsk sjukhusansluten öppen vård). Styckepriserna (de s k DRG-vikterna) fastställs slutgiltigt av köparen (HSN-staben). Dessa priser skall i princip motsvara självkostnadspriset, dvs de direkta och indirekta kostnader kliniken/sjukhuset har för produktion av den aktuella tjänsten. I syfte att ålägga sjukhusen ett besparingskrav och att stimulera till produktivitetsoökningar kan olika regler införas, som gör att sjukhusen antingen får ersättning som underskrider det beräknade självkostnadspriset (så skedde 1992), eller så kan villkor knytas till takpriset (1993-års takpris gäller endast under förutsättning av att sjukhusen minskar produktionsvolymen med 1%). (Se vidare referenserna 17 och 19).

Beställarens möjligheter att spela ut vårdproducenterna mot varandra ökar genom att sjukhusen tvingas att försöka "bjuda under" varandra, men framförallt genom att de dras in i en konkurrens där kvalitetsnivå och inriktning är konkurrensmedel. I praktiken har vårdöverenskommelserna hittills inneburit att sjukhusen fått betalt mot löpande räkning. Detta ledde i inledningskedet till att totalkostnaderna sprängdes. Det motdrag beställaren vidtog var att införa "rabattregler", som innebär att om sjukhusen behandlar fler patienter än vad som angetts i vårdöverenskommelsen, så tvingas man ge rabatt till köparen. (Beställaren betalar 50% mindre för den årsvolym som överstiger den överenskomna taknivån. Även sänkning av själva takpriset med 5% kan förekomma) (17).

Vårdöverenskommelserna har dock inte en sådan juridisk ställning att parterna kan yrka skadestånd i det fall man anser motparten brutit mot överenskommelsen. Sjukvårdsstyrelsens nya möjligheter hänför sig främst till att man kan fastställa takpriser, rabattregler och andra villkor, så att producenternas volym och kvalitet styrs i den riktning beställaren önskar. I realiteten föregås prissättningen av utredningar, diskussioner och informella förhandlingar mellan beställare och produ-

cent. Man kan på goda grunder anta att prissättningsproceduren i mångt och mycket påminner om "gamla tidens" budgetprocess (18). Den principiella skillnaden ligger i köparens möjlighet att "hota" med att upphandla hos annan säljare och/eller att verkligen göra detta.

2. Sjukvårdsstyrelsen/beställarnämnden sluter avtal med primärvården. I det nya husläkarsystemet bygger ersättningssystemet på s k kapitering, dvs husläkarna (både landstingsbolagens och de privata) får ersättning efter det antal patienter som för ett år i taget "listat" sig hos dessa. Den årliga ersättningen är högre för patienter över än för under 65 år. Dessutom förekommer ett områdesbaserat tillägg efter grad av sociala problem. I det nya husläkarsystemet råder fri etableringsrätt för privata husläkare. Landstingets tidigare vårdcentraler ombildas till landstingsägda bolag för husläkare.

3. Sjukvårdsområdenas styrelser har också vissa möjligheter att sluta avtal med både landstingsägda och privata producenter av medicinsk service. Det är således inte bara sjukhusen som upphandlar den service man behöver för att bedriva vård.

4. Inom ramen för det utredningsarbete som pågår för att utveckla och installera Stockholmsmodellen planeras också någon form av prestationsbaserat ersättningssystem för *geriatrik* och *psykiatri*. Även här eftersträvas köp-sälj-relationer av liknande karaktär som inom akutsjukvården. Skälet till varför geriatrik och psykiatri hittills ej inlemmats i konkurrenssystemet är svårigheterna att konstruera ett prestationsersättningssystem för dessa vårdformer. Det är naturligtvis svårare att exakt mäta vad man gör i dessa verksamheter och därmed svårt att fastställa "styckepris".

5. Landstinget har också beslutat att minst 20% av *verksamheten skall konkurrensutsättas*, dvs potentiella privata entreprenader skall inbjudas att delta i anbuds-tävlingar, där man lägger bud på att få kontrakt på delar av landstingets verksamhet. Politikerna har därmed ökat det totala "konkurrenstrycket" för producenterna.

Producenternas valfrihet

De handlingsmöjligheter för sjukhuskliniker, vårdcentraler och andra vårdproducenter som öppnas upp

I realiteten föregås prissättningen av utredningar, diskussioner och informella förhandlingar mellan beställare och producent

Hälften av överskottet kan producenterna visserligen föra över till sin budget för nästa år, men underskott förs över i sin helhet

genom de nya ekonomistyrningssystemen är i princip tre:

1. Sjukhusen får som självständiga resultatenheter friare händer att disponera intjänade ekonomiska medel och kan organisera sin verksamhet utan "inblandning" från beställaren. Bemanningstäthet, utbildningsförhållanden och rutiner kan, inom de ramar som anges i lagstiftning, finslipas utifrån egna bedömningar och förutsättningar.

Följande gränser gäller dock för producenternas självstyre:

- Akutsjukhusens, geriatrikens och psykiatriens ramar för löne- och anställningsvillkor fastställs av beställaren (HSN) (17).

- Om akutsjukhusen, geriatriken eller psykiatrien får ett ekonomiskt överskott beslutar landstingsfullmäktige hur detta skall disponeras, dvs producenternas eventuella "vinst" går i princip tillbaka till beställaren. Hälften av överskottet kan producenterna visserligen få föra över till sin budget för nästa år, men underskott förs över i sin helhet. Om verksamheten givit förlust två år i följd eller om den ackumulerade förlusten uppgår till 2% av bruttoomslutningen skall en särskild prövning av verksamheten genomföras (17).

- Producenterna får inte själva besluta om investeringar som överstiger 10 miljoner kronor (17).

- Producenterna kan inte som i ett "vanligt" marknadssystem ändra sitt utbud och lansera nya tjänster och produkter: Det krävs licens från hälso- och sjukvårdsnämnden för att etablera en specialitet vid ett akutsjukhus (17).

- Ej heller får producenten fritt erbjuda sina tjänster på den öppna marknaden. Försäljning av sjukvårdstjänster till försäkringsbolag, andra företag, företagshälsovård och till enskilda får endast ske efter beslut från Hälso- och sjukvårdsnämnden (17).

Producenternas möjligheter att själva organisera sin verksamhet begränsas således av en mängd undantag. De överordnade politiska nivåerna har genomfört en selektiv och i visa fall villkorlig delegering av beslutsrätten till producenterna. Förutom denna (kringskurna) möjlighet till visst internt självstyre har producenterna ytterligare två handlingsmöjligheter:

2. Att vidga handlingsutrymmet genom att i konkurrens med övriga producenter förhandla fram så förmånliga kontraktsvillkor som möjligt. Hur pass betydelsefull denna möjlighet kommer att bli är det mycket svårt att bedöma. Utfallet kommer att bero på "marknadsutvecklingen": Ju hårdare konkurrens, desto svårare för producenten (och graden av konkurrensutsättning bestäms som vi sett av landstinget).

3. En tredje möjlighet är att inom gällande kontraktstidsperiod utnyttja reglerna på ett, för att tala ekonomernas språk, individuellt nyttomaximerande sätt. En omfattande utländsk forskning som studerat vårdproducenters svar på och anpassning till olika prissystem visar att ekonomiska incitament är kraftfulla styrinstrument.

En stor del av denna forskning handlar om *otillåtna manövrar* från producenternas sida (se ref 19 för en översikt). Mest kända är s k diagnos- och indikationsglidningar vid DRG-system. Det förra innebär att läkaren anger en annan diagnos (eller diagnoskombination) än vad som är motiverat ur medicinsk synvinkel, dvs den diagnos som ger bäst intäkt. Minst hälften av läkarna i Stockholmsmodellen uppgår i en undersökning att man ibland tar hänsyn till vilken ersättning olika diagnoser ger då de ska sätta epikrisdiagnoser (som ligger till grund för ersättningen till kliniken från beställaren/köparen) (20). Indikationsglidning innebär att man behandlar mer och/eller dyrare än vad som är motiverat ur medicinsk synpunkt. Men variationerna är många (21). Ett annat vanligt sätt för producenten att klara sin egen situation är att försöka vältra över kostnaderna på någon annan resultatenhet och/eller på patienten/anhöriga. Tidiga utskrivningar är en metod. En annan är att remittera svårbehandlade patienter till andra. De "svarta och grå" kryphålen förändras kontinuerligt i det spel som pågår mellan "köpare" och "säljare".

Komna så långt i vår genomgång kan konstateras att beställaren både har kontroll över spelreglerna och att det spel som kan sättas igång inom det nya ekonomistyrningssystemet ger beställaren viktiga fördelar. Låt oss nu se på efterfrågestyrningens roll.

Medborgarens valfrihet

Medborgaren har tre kanaler till förfogande för att uttrycka sina (parti)politiska ställningstaganden: Riksdagsval, landstingsval, och kommunalval. Här har inga förändringar skett. Den politiska representationen är principiellt sett lika bra eller dålig som förr.

Ett centralt tema i reformarbetet under 1980-talet var

Den politiska representationen är principiellt sett lika bra eller dålig som förr

decentralisering. Inom Stockholms läns landsting genomfördes dessa förändringar före de nya ekonomistyrningsprinciperna. Genom en serie omorganiseringar har nio sjukvårdsområden tillskapats. Varje sjukvårdsområde har en sjukvårdsstyrelse, som svarar för att sjukvårdsområdets befolkning "får tillgång till en hälso- och sjukvård som svarar mot befolkningens behov" (17). Vidare har sjukvårdsstyrelserna budgetansvar. Varje sjukvårdsområde får sin tilldelning av ekonomiska medel genom ett befolkningsindex, som tar hänsyn till hur många som bor inom sjukvårdsområdet, åldersstruktur, bostadsförhållanden och annat som man vet påverkar sjukvårdsefterfrågan och sjukvårdsbehov. Allt detta skulle kunnat genomföras, utan åtskillnad mellan beställare och utförare och utan marknadskonkurrens. Denna utveckling påbörjades också innan de nya ekonomistyrningssystem sjsattes.

Det paradoxala är att ett av decentraliseringens främsta syfte var att öka politikernas kontakt med och kännedom om vårdverksamheten (22, s 3). I detta avseende konstaterades problemen i det gamla systemet som i sin förlängning riskerade att urholka vårdpersonalens förtroende för politiker (22, s50). Åtskillnaden mellan beställare och utförare innebär dock, som vi sett, att politikerna ges vidgade möjligheter att styra vården *indirekt* genom fastställande av styckepriser, takpriser, konkurrensutsättning m m. Något närmande mellan politikerna och verksamheten kan därför knappast förväntas med det nya systemet, ej heller har medborgarnas politiska agerande givits större utrymme.

Patientens valfrihet

Den individuella patienten har givits rätt att årligen byta husläkare och att i princip vid varje vårdtillfälle välja det sjukhus han/hon söker upp. Det krävs således inga remisser från primärvården, för att komma till sjukhusens öppenvårds-mottagningar. Här har ett väsentligt moment av efterfrågestyrning införts i modellen.

Den hittills tillgängliga informationen om efterfrågestyrningens praktiska betydelser ger dock anledning till vissa frågetecken. En omfattande enkät till Stockholms läns landstings invånare visar att 1990 kände 27% till rättigheten att välja vårdcentral som man erhöLL detta

år. Endast 2% hade verkligen bytt (23). 1991 hade genom informationsinsatser kännedomen om denna nyvunna rättighet ökat till 47%, men endast 3% bytte vårdcentral. (Bytesfrekvensen varierar mellan 0 och 7% mellan olika primärvårdsområden.) (24). En annan undersökning från slutet av 1992 i Stockholms läns landsting, visar liknande resultat, men indikerar att rätten att välja sjukhus är mindre känd än rätten att välja vårdcentral (25).

Diskussion och slutsatser

Utifrån den föregående genomgången kan man dra slutsatsen att det är *beställarstyrelsernas handlingsmöjligheter* som vidgats genom de nya ekonomistyrningssystemen. Sammantaget tyder analysen på att förändringarna snarare bör karakteriseras som en förstärkt beställarstyrning, än som ett system för efterfrågestyrning.

Varje producent skall i princip vara intäktsbaserad. De måste därvid hitta vägar att tillfredsställa beställarnas önskemål. Detta är kärnan i det speciella konkurrenssystem som konstruerats. Ingen producent skall känna sig säker.

Det kanske viktigaste nya styrinstrument som politikerna nu har i sin hand är makten över graden av "konkurrensutsättning" på den privata marknaden. Genom att öka eller minska denna kan politikerna *dels* öka eller minska det generella "omvandlingstryck" som utövas på de kvarvarande offentligt ägda producenterna, *dels* öka eller minska de penningstarka medborgarnas/patienternas möjligheter att köpa sig vård för egna pengar. Ju större andel privata entreprenörer, desto fler producenter har etablerat sig på den öppna marknaden. Dessa kan erbjuda vårdtjänster till de priser patienter vill och kan betala (antingen som tillägg till den grundplåt som den offentliga finansieringen ger eller som helt fristående vårdkonsumtion). *Med en hög andel konkurrensutsättning kan det verka som om beställarstyrningen minskar, men man kan också tolka en sådan situation som att politikerna medvetet gynnar framväxten av privata vårdproducenter.* När dessa etablerats kan de i sin tur börja välja patienter utifrån andra kriterier än hälso- och sjukvårdslagens, exempelvis

Det är beställarstyrelsernas handlingsmöjligheter som vidgats genom de nya ekonomistyrningssystemen

Systemkonstruktörernas och systemförvaltarnas handlingsutrymme ökar på bekostnad av systemnyttjarnas

betalningsförmåga och betalningsvilja. Sätts en sådan process igång, kan i förlängningen ett skiktat hälso- och sjukvårdssystem växa fram, där vi får ett A- och B-lag bland vårdproducenterna.

Ytterligare öppningar för politikerna/de högre tjänstemännen uppstår genom själva förändringsprocessen. Under systemets införande har flera centrala frågeställningar "hållits öppna", samtidigt som politikerna deklarerat att förändringar kommer ske. Frågan är om inte denna öppenhet rent av måste betraktas som en inbyggd egenskap i modellen. För denna tolkning talar det faktum att systemets komplexitet kräver kontinuerliga revideringar av ersättningsprinciper, konkurrensutsättningsgrad, villkor för entreprenad och andra regler. Systemkonstruktörernas och systemförvaltarnas handlingsutrymme ökar på bekostnad av systemnyttjarnas.

Men vi har sett att producenterna fått nya handlingsmöjligheter. Sjukhusens resultatansvar och vidgade möjligheter till egna beslut är det främsta exemplet. Landstingens primärvårdsbolag får också ökat utrymme för interna beslut, husläkarna likaså. De nya ekonomistyrningssystemen med indirekt styrning via ekonomiska incitament frestar dock "producenten" till fusk.

Det är ingen tillfällighet att vård- och servicepersonal (läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, vårdbiträden, laboratoriebiträden m m) saknas i genomgången av aktörernas nya handlingsmöjligheter. Det är nämligen svårt att se hur några genuint nya handlingsmöjligheter uppstått för dessa kategorier. När ekonomerna och politikerna talar om "producenten" så avses därmed i realiteten chefsläkare och högre administratörer. Det är dessa som får något vidgade handlingsmöjligheter och som utsätts för krav på att anpassa medicinska, juridiska och socialpolitiska överväganden till beställarens ekonomiska incitament.

Medborgarnas politiska påverkanskanaler är oförändrade. Politikerna har inte utsatt sig själva för någon ökad styrning i dessa avseenden. Ej heller har politikernas möjligheter att informera sig om vårdarbetets villkor på basplanet ökat.

Patientens möjligheter att välja bland utbudet av vårdproducenter har däremot ökat betydligt. De reella ef-

fekterna av detta är svårt att ha en bestämd uppfattning om, men tillgängliga data indikerar ett måttligt intresse för valfrihet. Mer entydigt kan man konstatera att den studerade modellen konstruerats så att *effekterna av patientens val "filtreras" på ett komplicerat och svårförutsägbart sätt genom en mängd regler om prissättning, kvalitetskrav, konkurrensförhållanden och annat som beställaren har kontroll över.*

Beställarstyrningen och efterfrågestyrningen riskerar att leva sina egna liv, utan att riktigt kopplas samman: I storstadsregioner med ett brett utbud av privata och offentliga vårdgivare kan patienternas valfrihet komma i konflikt med beställarens ambitioner att hålla kontroll över totalkostnaderna (se vidare SOU 1993:38, s 269). När det politiskt fastställda totalkostnadstaket tangeras finns det tre vägar att gå: Antingen använder sig politikerna av kvarvarande medel för att minska patientens valfrihet (remissväg för sjukhusbesök är ett alternativ), eller så kan man genom regelförändringar försöka minska effekterna av patienternas val, så att efterfrågestyrningen inte "slår igenom". Den tredje vägen är att förändra systemet i sina grundvalar.

I slutändan finns en inbyggd och grundläggande motståndning i den konkurrensbefrämjande organisation som Stockholmsmodellen representerar: Den eftersträfvade konkurrensen kan *antingen åstadkommas genom en aktiv upphandling från beställarorganisationens sida (betsällarstyrning), eller genom att patienterna använder sin valfrihet så att denna i grunden förändrar producenternas situation (efterfrågestyrning)*. Ingen vet idag vilka effekter olika konkreta kombinationer av beställar- och efterfrågestyrning kan få. I en sådan situation är det viktigt att inte hasta vidare.

Lyhördhet inför producenternas omställningsproblem är sannolikt avgörande för modellens förmåga att överleva på sikt. Både beställar- och efterfrågestyrningens krafter möts i vårdorganisationens, dvs klinikkens inre liv, på primärvårdscentralen, hos husläkaren och andra resultatenheter som befolkas av vårdpersonal och patienter av kött och blod. Vid konstruktionen av de nya ekonomistyrningssystemen har vårdorganisatoriska perspektiv i stort lyst med sin frånvaro (26). Möjligen förklaras detta av det debatt- och planeringsklimat som

Ingen vet idag vilka effekter olika konkreta kombinationer av beställar- och efterfrågestyrning kan få

inledningsvis uppmärksammat. På sikt måste vi dock räkna med inte bara betydelsefulla förändringar vad gäller vårdens yttre finansierings- och styrningsförhållanden och som utförligt behandlas i den senaste statliga utredningen om hälso- och sjukvården (16). Vi kommer också att konfronteras men frågor som gäller vårdorganisationens inre struktur och process, dvs de möjliga förändringar i samarbetsmönster, arbetsfördelning, status-, löne- och beslutshierarkier och inte minst i personalens motivation, som förbigås med nära nog total tystnad i samma utredning.

Det illustreras av en nyligen publicerad rapport från Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi i Lund. Rapporten handlar om ett delproblem; de krav på kostnadsredovisningen som följer av uppdelningen i beställare och utförare (27). Detta kanske verkar som en trivial administrationsteknisk utredningsfråga, men leder direkt in i vårdorganisatoriska komplikationer. Enligt *den tänkta modellen* skall producenterna ges vidgade möjligheter att lägga upp sin verksamhet enligt eget huvud, när politiker och högre tjänstemän drar sig tillbaka till en renodlad beställarroll. I *praktiken* visar det sig dock att beställaren har intresse av att "lägga sig i" det som man tänkt att producenten själv skulle besluta om; i detta fall utformningen av system för kostnadsredovisning.

Komplikationerna uppstår när beställaren försöker fastställa vad som är en rimlig ersättning för en viss prestation. För att kunna göra detta måste beställaren ha tillgång till information som skapas hos producenten. Det är ju där som själva behandlingsarbetet pågår (se vidare referens 27, s 17). Beställaren tvingas därför att ställa andra krav på kostnadsredovisningen än vårdpersonalen: Beställaren har behov av att kunna jämföra olika producenters kostnader och att utforma systemen för central kontroll och uppföljning. Producenten vill att kostnadsredovisningen anpassas till den egna verk-

samhetens krav och behov (27, s 23-24). I det lokala perspektivet blir vårdpersonalens främsta krav på kostnadsredovisningen att den skall vara lättillgänglig och medföra så lite administration som möjligt.

Det pågående reformarbetet synes vara "tillbaka i ruta ett". Man har gjort ett slags kringgående rörelse kring vårdverksamhetens krav och förutsättningar: Det beslutsansvar man försökt hänskjuta till producenten visar sig vid närmare analys vara ett viktigt intresseområde för beställaren. Beställar- och efterfrågestyrningens krafter möts i den konkreta vårdverksamheten. Även den mest visionära vårdreformatorn torde inse att vi står inför ett långsiktigt arbete med endast delvis förutsägbara konsekvenser. *En viktig slutsats blir att det är rimligt med en neddragning av reformtaket.* Nya beslut bör tas först efter att verkligheten fått tala. Vi måste helt enkelt lära oss mer om hur de nya ekonomistyrningssystemen fungerar i praktiken.

REFERENSER

13. Saltman R B, von Otter C (1992): Planned markets and public competition - strategic reform in Northern European health systems. Buckingham: Open University Press.
16. SOU 1938:38. Hälso- och sjukvården i framtiden - tre modeller. Rapport från expertgruppen till HSU 2000.
17. SPRI (1993). Stockholmsmodellen - beslutsbefogenheter och ekonomiskt ansvar. Stockholm: SPRI-rapport 354.
19. Jonsson E (1993): Konkurrens inom sjukvården - vad säger forskningen om effekterna? Stockholm: SPRI-rapport 350.
20. Forsberg E, Calltorp J (1993): Ekonomiska incitament förändrar sjukvården. Läkartidningen 30-31/93.
24. Regionplane- och trafikkontoret (1992). Vad tycker du om sjukvården? Resultat från enkätundersökningen. Stockholm: Vårdvärdering 92.
27. Anell A (1993): Beställare och producenter - vilka krav ställs på kostnadsredovisningen? Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, Arbetsrapport 1993:5.

Fullständig referenslista kan rekvideras från författaren.