

Interna marknader inom psykiatri - problem och möjligheter

Clas Rehnberg

Inom flera landsting pågår idag ett omfattande förändringsarbete där tidigare planeringsmodeller ersätts av reglerade marknader inom den offentliga sjukvården. Dessa strukturförändringar syftar till att introducera konkurrens mellan vårdgivare samt att öka konsumenternas valfrihet. I artikeln diskuteras förväntade effekter av reformerna inom psykiatri och vården av de kroniskt sjuka. I dessa delsektorer konstateras att effekterna är dåligt kartlagda såväl nationellt som internationellt.

Clas Rehnberg är fil. dr i hälsoekonomi och verksam vid Centrum för Hälsoekonomi, Handelshögskolan i Stockholm.

Inledning

Medan de sjukvårdspolitiska och hälsoekonomiska diskussionerna under 1980-talet främst berörde utformningen av kostnadskontrollerande åtgärder har intresset idag inom hälso- och sjukvården fokuserats på frågor rörande strukturella förhållanden, styrning och finansiering. Den nuvarande ekonomistyrningen är utvecklad och anpassad till en period då sjukvården befann sig i ett expansivt skede. Idag kräver överföring av resurser till nya områden omfördelning eller effektivisering av befintliga verksamheter. Det innebär krav på omfattande förändringar av ekonomistyrningen vilket medfört att flera landsting introducerar nya styrmodeller. Psykiatri är delsektor där stora strukturförändringar pågått under flera år. Även här visar erfarenheterna att styrmedlen inte är avpassade för en omfördelning av resurser.

Nya styrmodeller inom landstingen

Inom flera landsting pågår idag ett omfattande förändringsarbete där tidigare planeringsmodeller ersätts av reglerade marknader inom den offentliga sjukvården. Dessa strukturförändringar syftar till att introducera konkurrens mellan vårdgivare samt att öka konsu-

menternas valfrihet. Kritiken mot modellerna är att vårdmonopolet inte bryts upp tillräckligt samtidigt som det råder en osäkerhet om effekterna inom olika vårdformer. Psykiatri och vården av de kroniskt sjuka är en delsektor där effekterna är dåligt kartlagda såväl nationellt som internationellt.

En modell som varit central i diskussionerna om nya system är att fördela en populationsbudget ("kapitation") som motsvarar befolkningens totala vårdbehov till en regional enhet. Genom att ge t ex primärvården de totala resurserna är förhoppningen att olika insatser koordineras bättre. Populationsbudgeten bygger på olika behovskriterier, främst åldersstrukturen. I modellen erhåller sjukhusvården inga budgetmedel direkt utan ska anpassa sitt utbud till primärvårdens efterfrågan, dvs en marknadsrelation etableras mellan primärvården och sjukhusvården, vilken hanteras via kontrakt. Modellen kan även utvidgas till att omfatta en valfrihet för konsumenterna där tanken är att även primärvården utsätts för konkurrens och ska anpassa sitt utbud till konsumenternas efterfrågan. Sedan 1991 prövas modellen i landstinget Dalarna. Även Stockholmsmodellens anpassning till psykiatri som är tänkt att fungera fr o m 1994 bygger delvis på samma principer.

En föregångare till Datamodellen är de s k Health Maintenance Organizations (HMOs) i USA. Begreppet HMO utgör en sammanfattande term för en organisationsform där vårdgivaren utifrån en i förväg fastställd resursram har ett totalansvar för medlemmarnas sjukvårdsbehov. Termen HMO introducerades i den sjukvårdspolitiska debatten under tidigt 1970-tal i USA, för att särskilja organisationsformen från den traditionella

Den nuvarande ekonomistyrningen är utvecklad och anpassad till en period då sjukvården befann sig i ett expansivt skede. Idag kräver överföring av resurser till nya områden omfördelning eller effektivisering av befintliga verksamheter

Inom stora delar av sjukvården, inte minst psykiatrin, har patienten ett stort kunskapsunderläge gentemot producenten

”fee-for-service” sektorn (FFS). Under senare år har HMO erhållit en kraftigt ökad anslutning av medlemmar och ökat sin marknadsandel i USA från ca 2% år 1972 till 15% år 1990. Intresset för HMO hos allmänhet och politiker är främst föranlett av den lägre kostnadsnivån i jämförelse med den traditionella FFS-sektorn i USA. HMOs har i olika studier visat mellan 10-40% lägre totalkostnader, vilket främst beror på ett lägre utnyttjande av slutenvård (Luft 1981). De ekonomiska incitamenten i HMO-modellen med en sluten budget motiverar vårdgivarna att avväga kostnadsaspekter och bidrar därmed till att kontrollera och begränsa kostnaderna. Samtidigt är organisationerna utsatta för en konkurrens genom att konsumenten kan välja mellan flera HMOs och även den traditionella FFS-sektorn (för en översikt se Rehnberg 1987).

Omfördelning och konkurrens

Ett problem inom den offentliga sjukvården har varit att ingen avvägning gjorts av resurser till olika typer av vårdinsatser för en och samma sjukdomsgrupp eller samma population. Slutenvård och öppen vård har finansierats via separata budgetar, vilket inneburit att omfördelningar i regel gjorts på central administrativ nivå inom landstingen. Inom psykiatrin har en omfattande neddragning skett av den slutna vården över en lång period. Neddragningarna vid mentalsjukhusen har inte motsvarats av motsvarande neddragningar i antalet tjänster (Jönsson 1989). Detta kan emellertid delvis förklaras av att de mest vårdkrävande patienterna blir kvar i slutenvården. Minskningen av vårdplatser och vård dagar borde dock medföra någon neddragning av antalet tjänster. I synnerhet som insatserna i den öppna vården även omfattar den primärkommunala sektorn. Utvecklingen kan tolkas som en svårighet att omfördela resurser inom landstingen. Samtidigt har den nuvarande resursfördelningen medfört svårigheter att koordinera vården för samma sjukdomsgrupp. Genom att som i HMO och Datamodellen ge en enhet (primärvården) ett ansvar för de totala resurserna är förhoppningen att olika vårdinsatser koordineras bättre. Ytterligare en fördel med kapitation som ofta framhålls är att incitamenten för preventiva åtgärder ökar.

Producenter inom hälso- och sjukvården har i flertalet länder varit skyddade från konkurrens i jämförelse med andra sektorer i samhället. En metod för att lindra effekterna av konkurrens har varit att minska incitamenten hos producenten att exploatera konsumenten. Inom stora delar av sjukvården, inte minst psykiatrin, har patienten ett stort kunskapsunderläge gentemot producenten. Detta är en bakgrund till att konkurrens om patienterna inte uppmuntras. Utvecklingen idag går emellertid mot att utsätta vårdgivarna för konkurrens, men där olika former av beställarenheter etableras. Det kan vara primärvårdsenheter eller centrala avtalsnämnder som upphandlar vård för konsumenternas räkning. Dessa enheter på beställarsidan fungerar således som en ”buffert” mellan patient och producent.

Offentliga förvaltningar har i regel haft monopol på att tillhandahålla viss service. Det innebär att incitamenten att välja den mest kostnads-effektiva formen mellan egenproduktion och entreprenad för att till-handahålla varor och tjänster är små. Bristen på konkurrens medför att offentliga förvaltningar inte har samma press på sig att vara effektiva som privata företag på en marknad. Inom public-choice skolan inom ekonomisk teori har det normativa budskapet varit att främja effektiviteten genom att utsätta offentliga producenter för konkurrens (se bl a Niskanen 1971, Borcherdin et al 1982).

Såväl ett privat som ett offentligt företag kan agera i en monopolistisk miljö eller vara utsatt för konkurrens. Ett sätt att utsätta offentliga företag för konkurrens är att via anbud låta dessa konkurrera med externa producenter. De olika kombinationerna är även viktiga att ta hänsyn till vid jämförelser mellan privat och offentlig produktion. Resultaten av jämförelser mellan privat vs offentlig drift är inte helt konsistenta. Borcherdin et al (1982) fann vid en översikt av ett femtiotal jämförelsestudier (bl a brandvåsen, kommunikationer, elverk, sjukhus) att privat drift i regel är mer kostnadseffektiv än offentlig. Studien tog dock ingen hänsyn till i vilken utsträckning de offentliga företagen var utsatta för konkurrens. Till stor del var studien en jämförelse mellan privata företag i konkurrens och offentliga företag i monopolställning.

Millward & Parker (1983) fann i en sammanfattande studie inga systematiska bevis för att offentlig drift är

En slutsats är således att förekomsten av konkurrens har större betydelse för kostnadseffektiviteten än om verksamheten är offentlig eller privat

Om man på köparsidan sluter ofullständig kontrakt och inte ställer krav på produktivitet och kostnadseffektivitet är det inte sannolikt att några förändringar kommer att äga rum

mindre effektiv. Deras studier inkluderar dock offentliga företag under konkurrens. En jämförelse mellan privata företag under konkurrens och offentliga företag i monopolställning ger samma resultat som i Borcherdings m fl genomgång (Jonsson 1990). En slutsats är således att förekomsten av konkurrens har större betydelse för kostnadseffektiviteten än om verksamheten är offentlig eller privat.

Denna slutsats är betydelsefull vid bedömningar av producenter inom sjukvården där konkurrensen vanligtvis är reglerad av olika skäl. Inom den amerikanska sjukvården har de vinstdrivande sjukhusen ökat sin marknadsandel under senare år. I flera studier uppvisar dessa bättre ekonomiska resultat än icke-vinstdrivande och offentliga sjukhus. I flera studier framkommer dock att resultaten i högre utsträckning förklaras av högre intäkter än av en effektivare produktion (se bl a Gray & McNerney 1986).

Resultaten av dessa studier har tolkats som att sjukvårdens effektivitet inte förbättras av att privata producenter ökar sin marknadsandel. Sjukvården i USA, och många andra länder, karakteriseras dock knappast av en effektiv konkurrens. Det är i sammanhanget viktigt att ta hänsyn till den miljö som vårdgivarna agerar i. Försäkringsbolagen och de offentliga försäkringsprogrammen i USA har under en lång period ersatt vårdproducenterna utan att ifrågasätta vårdinsatserna. Mot den bakgrunden är det inte märkligt att privata vinstdrivande producenter är bättre på att generera intäkter. En viktig förutsättning för en effektivare vårdproduktion i de modeller som prövas i de svenska landstingen är hur den miljö som vårdgivarna agerar i utformas. Om man på köparsidan sluter ofullständig kontrakt och inte ställer krav på produktivitet är det inte sannolikt att några förändringar kommer att äga rum. En viktig slutsats är att en privatisering av sjukvård och annan offentlig verksamhet inte automatiskt medför en effektivare service. Den omgivande miljön och därmed förutsättningarna för producenter att sälja sina produkter har en avgörande betydelse för resultaten.

Psykiatri versus övrig sjukvård

Inom den hälsoekonomiska forskningen kring organisa-

tion och finansiering har ersättningen till vårdproducenter studerats för att kartlägga incitamentsstrukturen. Den befolkningsbaserade ersättningen till HMO i USA från de offentliga försäkringssystemen har granskats i flera forskningsprojekt utifrån utgångspunkter som är relevanta för liknande tillämpningar i Sverige. Det gäller bl a vilka av prioriteringarna som utförs av den koordinerade enheten (t ex primärvården). I flera studier konstateras att incitamenten för vård av kroniskt sjuka/mental ohälsa har en relativt låg status bland den medicinska professionen (Schlesinger 1986). Under dessa omständigheter finns en fara att t ex den psykiatriska vården proportionellt missgynnas i ett system där den lokala styrelsen/primärvårdsenheten prioriterar mellan olika sjukdomar. Även kraven från den breda allmänheten kan förväntas leda till en relativ överkonsumtion av mera akut inriktade åtgärder och utbud. Flera studier visar att även äldre i USA som väljer mellan olika HMOs fäster mycket liten uppmärksamhet till omfattningen av kronisk vård (ibid).

För att kapitationssystemet ska ge de förväntade effekterna krävs att de kostnader och intäkter som sjukvårdsproducenten ställs inför motsvarar de samhälls-ekonomiska kostnaderna och intäkterna. I den hälsoekonomiska litteraturen finns ett antal invändningar mot de förväntade effekterna. Dessa gäller i synnerhet vården av kroniskt sjuka t ex äldre samt stora delar av psykiatrin. Om kostnader för framtida sjukdomar är väsentligt lägre för sjukvårdsproducenten än för samhället totalt kommer det att resultera i en underkonsumtion. Vårdutnyttjandet kommer då inte att relateras till de effekter som tillfaller patienten och samhället. Kroniskt sjuka och psykiatripatienter faller i denna kategorin enligt flera studier. Två viktiga orsaker till varför vårdgivare har tendens att värdera de egna kostnaderna lägre än de totala samhällsekonomiska kostnaderna har diskuterats i litteraturen. Det gäller först det förhållandet att en stor del av kostnaderna ligger på familjemedlemmar eller andra anhöriga. Det andra skälet är möjligheterna att övervältra kostnader på andra huvudmän. Det gäller i Sverige och även i USA den sociala sektorn (Schlesinger 1986). I såväl den svenska som internationella litteratu-

I flera studier konstateras att incitamenten för vård av kroniskt sjuka/mental ohälsa har en relativt låg status bland den medicinska professionen

ren är effekterna av såväl ekonomiska som professionella incitamenten vid kapitationstilldelning dåligt kartlagda. Utifrån de hypoteser som grundas på en teoretisk bedömning av incitamentstrukturen finns stora skäl att kartlägga hur psykiatri utvecklas i proportion till andra vårdformer.

Privat vård inom psykiatri

Huvuddelen av sjukvården i Sverige produceras av de offentliga huvudmännen i egen regi. Större delen av sjukvårdens expansion under 1960- och 1970-talen kom att läggas inom landstingens egen produktionsapparat. Fördelningen mellan egen produktion och entreprenad inom landstingen har inte ändrats under 1980-talet. Fortfarande svarar den externa produktionen för en mindre del av de totala kostnaderna. Det är främst specialiserad regionsjukvård som upphandlas.

Den största andelen köp av privata vårdgivare finns inom primärvården. Det gäller främst sjukhem för psykiskt och kroniskt sjuka. För administrativ och övrig service är andelen kontrakterad service störst inom tandvården. Med en separation av beställare och producentroller är det möjligt att åstadkomma ett större urval av producenter. En målsättning i flera landstingsmodeller är att åstadkomma en konkurrenssituation för såväl primärvården som den sekundära vården (främst sjukhus). Flera kritiker har påpekat att den nuvarande strukturen med ett planerat system för remissförfarande och vårdnivåer har skapat en form av "geografiska monopol". Inom landstingen finns idag inom den specialiserade vården i regel endast en vårdgivare inom ett geografiskt område. Detta försvårar en konkurrens inom framförallt sjukhussektorn. Där-emot finns sannolikt större möjligheter att etablera en konkurrens inom sjukhussektorn och öppna psykiatri.

Sammanfattande kommentar

Syftet med de förändringar som nu genomförs i landstingens styrsystem är att komma tillrätta med problem i sjukvården. Även om vi idag saknar bra information om sjukvårdens resultat i förhållande till de insatser som görs, visar ett antal studier på olika problem med produktivitet och effektivitet.

Inom flera landsting pågår också stora förändringar av styrsystem och organisationsformer. Till skillnad från den relativt enhetliga uppbyggnaden av ekonomistyrningen under den expansiva fasen under 1960-talet, har olika landsting idag valt att gå sina egna vägar.

Tidigare följde flertalet landsting rekommendationer utarbetade av Landstingsförbundet. Vi kan nu se en betydligt större pluralism i sättet att fördela resurser och organisera vården. En klar fördel med en sådan utveckling är att den ger möjligheter att studera skillnader i kostnader och effekter av olika styrformer. Samtidigt råder det en stor osäkerhet kring styrkan och svagheter i de olika modeller som prövas, vilket motiverar forskningsinsatser i syfte att utvärdera förändringarna. Nedan redovisas ett antal aktuella frågeställningar.

En central frågeställning är att kartlägga hur de ekonomiska relationerna mellan köpare och säljare utformas. Hur hanteras t ex osäkerheten i fråga om resursbehov inom psykiatri? Hanteringen av kvalitetsaspekter, meningsskiljaktigheter om innehållet och uppföljning av kontrakten är frågor som är kopplade till kontraktens utformning.

Populationsbudgeteringens effekter på vårdutnyttjandet är en annan central frågeställning. Beträffande en tilldelning av resurser baserad på behovsindikatorer i befolkningen är en frågeställning hur konsumtionen ändras för sjukvården som helhet samt för psykiatri i synnerhet. Det gäller fördelningen psykiatri vs andra vårdformer samt fördelningen inom psykiatri av baspsykiatri vs specialiserad psykiatri. Beträffande konkurrens och förändringar i vårdutbud är en möjlighet att studera förutsättningarna för konkurrens genom att kartlägga anbuds-förfaranden. Det är i sammanhanget intressant att studera vilken roll politikerna kommer att inta vid förändringar av verksamhetens utbud.

Den psykiatriska vården står, tillsammans med den övriga hälso- och sjukvården, återigen inför stora strukturella förändringar. Mot bakgrund av den osäkerhet som föreligger om de förväntade resultaten är utvärderingar av de olika landstingsmodellerna väsentliga. De frågeställningar som ska belysas bör utgå dels från problem som är generella för hela sjukvården, dels från problem specifika för respektive delsektor.

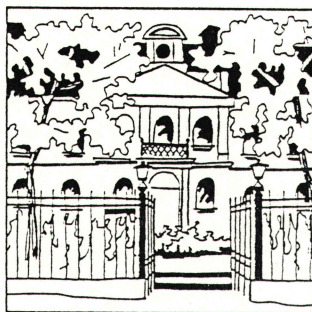
REFERENSER

- Borcherding T E, Burnaby B C, Pommerehne W W, Schneider F: Comparing the efficiency of private and public production: The evidence from five countries. *J Public Economics*, 1982;127-156.
- Grey W, McNevney W: For-Profit Enterprise in Health Care. *New England Journal of Medicine*, 1986;314:1523-1528.
- Jonsson E: Effekter av konkurrens i offentlig tjänstproduktion. I: Arvidson G & Jönsson B (red): Valfrihet och konkurrens i sjukvården. Stockholm: SNS, 1990.

Jönsson B: Vårdkrisen. I: Söderström H T (ed): Den svenska modellen inför 90-talet. Stockholm SNS, 1989.
Luft H: Health Maintenance Organizations: Dimensions of Performance. New York: Wiley-Interscience, 1981.
Milward R, Parker DM: Public and private enterprise: comparative behaviour and relative efficiency. I: Millward R et al: Public Sector Economics. London: Longham, 1983.

Niskanen WA: Bureaucracy and Representative Government. Chicago: Aldine-Atherton, 1971.
Rehnberg C: HMO - amerikansk modell för svensk primärvård? Läkartidningen 1987;84:2048-2051.
Schlesinger M: On the Limits of Expanding Health Care Reform: Chronic Care in Prepaid Settings. Milb Quart 1986; 64:189-215.

Stockholm Läns Landstings



Psykoterapiinstitut

Behandling - Utbildning - Forskning

Björngårdsgatan 25 - 118 52 Stockholm - 08/743 00 40
