

Ersättningsformer vid konkurrensutsättning av vård och omsorg

VÄGLEDNING NR 3 (2016)



Om vägledningen

BAKGRUND OCH SYFTE

Upphandlingsmyndigheten har i uppdrag att bidra till en mer effektiv, kvalitetsmedveten och rättssäker offentlig upphandling. Inom ramen för detta uppdrag har behovet av ökad kunskap och metodutveckling för att ta fram ersättning vid vård- och omsorgsupphandlingar identifierats hos kommunerna och landstingen. Många kommuner och landsting har en alltmer upphandlad verksamhet som bland annat ska styra mot de politiska mål som har satts upp för vården och omsorgen för befolkningen.

Syftet med denna vägledning är att underlätta för kommuner och landsting i deras arbete med att ta fram ersättning för tjänster som ska styra mot dessa mål och de krav som ställs vid upphandling av vård och omsorg. Vägledningen vänder sig i första hand till de tjänstemän som tar fram ersättning för vård- och omsorgstjänster och innehåller en teoretisk genomgång av olika ersättningsformer samt tips, råd och ett flertal exempel på hur de olika ersättningsformerna kan användas som stöd för att styra mot uppsatta mål och de krav som ställs.



ALLMÄNNA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR VÄGLEDNINGEN

Alla förslag och exempel på olika typer av ersättningsformer, metoder etc. förutsätter att dessa beskrivs i förfrågningsunderlaget och är reglerade i avtalet.

Den huvudsakliga målgruppen är de tjänstemän i kommuner och landsting som tar fram ersättning för den specifika vård och omsorgstjänsten som ska upphandlas eller konkurrensutsättas i ett valfrihetssystem. En annan målgrupp är leverantörer av vård och omsorgstjänster för att öka förståelsen hos dessa om varför en viss ersättningsform valts vid upphandlingen.

För att underlätta för läsaren används genomgående begreppet ”målgrupp” för samtliga intressenter.

OMFATTNING

Denna vägledning omfattar hur en kommun eller ett landsting bör tänka när de tar fram en ersättning vid specifika vård- och omsorgstjänster som upphandlas i enlighet med lagen om offentlig upphandling (LOU) och lagen om valfrihetssystem (LOV). LOV reglerar vad som gäller när upphandlande myndigheter överlåter till den enskilde att välja en utförare av en tjänst bland godkända leverantörer i ett valfrihetssystem.

Vägledningen är generellt utformad. Det är därför alltid nödvändigt att identifiera de unika förutsättningarna för den enskilda upphandlingen. Vägledningen ersätter inte att kommuner och landsting vid behov inhämtar annan kompetens för att ta fram ersättningsform och ersättningsnivå på ett rättssäkert och effektivt sätt.

INNEHÅLL OCH DISPOSITION

Vägledningens inledande kapitel handlar om vikten av en ersättning som styr mot det som upphandlingen syftar till, hur vägledningen kan användas och vem den riktar sig till. I kapitel 2 beskrivs kriterier för när tjänsteproduk-

tion bör drivas i offentlig eller privat regi. I kapitel 3 beskrivs olika ersättningsformer och hur dessa kan användas för att ta fram en ersättningsmodell för ett tjänsteområde som ska upphandlas. I kapitel 4 ges ett par praktiska exempel på hur en ersättningsmodell kan utformas. Slutligen redovisas i kapitel 5 en fördjupning om ersättningsarnas effekter på vården och omsorgen.

Exemplen i vägledningen är hämtade från olika kommuner och landsting.

SAMMANFATTNING

Vägledningen fokuserar på **formen** för ersättning till leverantörer av konkurrensutsatt vård och omsorg, och vad kommunen eller landstinget bör tänka på när en ersättningsmodell för ett tjänsteområde utformas. Nivån på ersättningen tas enbart upp i principiell form.

Ersättningsformen beskrivs främst utifrån dess effekt som styrmedel för det tjänsteområde som ska upphandlas. Som styrmedel kan ersättningsformen främst bidra till att uppfylla övergripande mål för kostnadseffektivitet, kvalitet och kostnadskontroll, samt att upprätthålla tillräckliga produktionsvolymerna för vård och omsorg. Som styrmedel har ersättningsformen sina begränsningar. För att uppnå en god styrning är det därmed viktigt att även använda andra styrmedel såsom kravställning, uppföljning av avtal samt hur man styr med kunskap och information såsom rekommendationer/vårdprogram, verktyg/interventioner och lagar, förordningar och föreskrifter.

Vägledningen diskuterar främst tre ersättningsformer: fast, rörlig och målrelaterad ersättning. För att uppnå önskad styrning och att undvika oönskade effekter bör en ersättningsmodell normalt innehålla en kombination av de tre ersättningsformerna.

Innehåll

| | |
|--|-----------|
| OM VÄGLEDNINGEN..... | 3 |
| Bakgrund och syfte | 3 |
| Allmänna förutsättningar för vägledningen | 5 |
| Omfattning | 5 |
| Innehåll och disposition | 5 |
| Sammanfattning | 5 |
| INNEHÅLL | 6 |
| 1. INTRODUKTION | 8 |
| 1.1 Inledning | 8 |
| Syfte och avgränsning | 8 |
| Vilka effekter vill man uppnå med ersättningen..... | 8 |
| Ersättningen som styrmedel..... | 8 |
| 1.2 Förutsättningar för ersättningar till leverantören enligt LOU och LOV | 9 |
| LOU | 9 |
| LOV | 10 |
| Principiella skillnader för ersättningarna till leverantören i LOU och LOV | 10 |
| 1.3 Generella frågeställningar om ersättning till leverantörer | 10 |
| Risker för beställare och leverantör..... | 10 |
| Fördelning av risk mellan upphandlande myndighet och leverantör | 11 |
| Syftet för arbetet med ersättningar till leverantörer..... | 12 |
| 2. KRITERIER FÖR NÄR VERKSAMHET BÖR DRIVAS I OFFENTLIG ELLER PRIVAT REGI? .. | 13 |
| 3. ERSÄTTNINGSFORMER..... | 15 |
| 3.1 Vilka effekter vill man uppnå med ersättningen | 15 |
| 3.2 Olika ersättningsformer | 15 |
| 3.2.1 Fast och rörlig ersättning..... | 15 |
| Fast ersättning per registrerad individ | 17 |
| Individdifferentierad ersättning | 17 |
| Övrig differentiering av rörlig ersättning | 18 |
| 3.2.2 Målrelaterad ersättning | 20 |
| Krav på utformning av mått på utfall i målrelaterad ersättning..... | 20 |
| 3.2.3 Andra varianter av ersättningsformer..... | 21 |
| Episodbaserad ersättning | 21 |
| Kostnadsansvar för onödiga fel/komplikationer samt återläggningar..... | 21 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 3.3 | Ersättningsformens effekter | 22 |
| 3.3.1 | Fast ersättning..... | 22 |
| 3.3.2 | Rörlig ersättning..... | 23 |
| 3.2.3 | Målrelaterad ersättning | 24 |
| 3.4 | Styrning genom att kombinera ersättningsformer i en ersättningsmodell | 24 |
| 3.5 | Övergripande måluppfyllelse: upphandlingens syfte | 26 |
| 3.6 | Studera tjänstens kostnader | 28 |
| 3.7 | Fasta kostnader och ersättningsform | 29 |
| 3.7.1 | Fasta och rörliga kostnader..... | 29 |
| 3.7.2 | Personalkostnader | 30 |
| 4. | EXEMPEL | 31 |
| | Hemtjänst..... | 31 |
| | Förlossningsvård..... | 34 |
| | Ersättningsmodell förlossningsvård LOV | 36 |
| | Ersättningsmodell förlossningsvård LOU | 36 |
| 5. | ERSÄTTNINGENS EFFEKTER – FÖRDJUPNING | 37 |
| | Fast ersättning eller rörlig | 37 |
| | Ersättning i för- eller efterskott..... | 37 |
| | Olika kombinationer ger olika drivkrafter | 37 |
| | Ersättningsgrund..... | 38 |
| | Effekter av olika former av fast och rörlig ersättning | 40 |
| | Samband mellan typ av tjänst och ersättningsform | 40 |
| | Effekter av målrelaterad ersättning | 41 |
| | Kombination och tak – två metoder för att minska ersättningsprincipernas negativa effekter ... | 44 |
| | Andra motiv än ekonomisk ersättning | 44 |
| | REFERENSER..... | 46 |

1. Introduktion

1.1 INLEDNING

Syfte och avgränsning

Vägledningens syfte är att underlätta för kommuner och landsting när de ska ta fram ersättning i samband med konkurrensutsättning av vård och omsorg. I vägledningen beskrivs ersättningsformens betydelse för att styra mot det som är syftet med konkurrensutsättningen och förslags på utformning av ersättningar till leverantörer som utför tjänster som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL), socialtjänstlagen (2001:453, SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387, LSS). Detta tjänsteområde täcks, i stora drag, av benämningen ”vård och omsorg”. I vägledningen används denna beteckning som en sammanfattning av tjänsterna som omfattas av lagarna ovan. Vägledningen är vidare avgränsad till tjänster som kan konkurrensutsättas enligt LOU och LOV. I vägledningen används ofta formuleringen ”upphandlad verksamhet”, med det menas både verksamhet som upphandlas genom LOU och verksamhet som konkurrensutsätts enligt LOV.

En viktig avgränsning är att vägledningen fokuserar på ersättningsformens utformning, alltså ersättningsformen. Vad som är lämpliga nivåer för ersättningsformerna diskuteras enbart principiellt. Rapporter av Sveriges kommuner och landsting, SKL, om beräkning av ersättningsnivåer kan exempelvis fungera som utgångspunkt när den upphandlande myndigheten ska ta fram lämpliga och konkreta ersättningsnivåer.

Vilka effekter vill man uppnå med ersättningen

Grundläggande för vilka effekter som eftersträvas genom ersättningsystemet och andra styrmedel som kommunen eller landstinget förfogar

över är de övergripande mål som gäller för den berörda verksamheten som ska upphandlas, i detta fall vård och omsorg i olika former. Dessa mål kan naturligtvis variera beroende på vilken verksamhet det gäller och målen förändras också vanligen över tid. Rent allmänt kan man dock utgå från att hög produktionstakt, låga kostnader och hög kvalitet är egenskaper som bör eftersträvas i vården och omsorgen, även om det i slutändan ofta blir nödvändigt att göra en avvägning mellan dessa mål. Olika ersättningsformer kan ha positiva eller negativa effekter på produktionen, kostnaderna och kvaliteten. Hur stora eller små dessa effekter blir beror bl.a. på hur olika ersättningsformer kombineras med varandra och på andra typer av styrmedel och drivkrafter.

I det följande beskrivs dock vissa generella samband mellan ersättningsform och verksamhetsutfall.

Ersättningen som styrmedel

Ekonomiska ersättningar har naturligt en styrande effekt på verksamheten, som kan vara betydande. Beroende på leverantörens kostnadsbild kan en ersättning till en leverantör vara ett incitament till att genomföra en insats, exempelvis att delta i anbudsgivning, samtidigt som ersättningen får en annan leverantör att avstå från att genomföra insatsen. Det är ett argument för att om man vill uppnå lika förutsättningar för alla patienter eller brukare så förutsätter detta en individuell anpassning av ersättningsnivåerna till de olika leverantörerna. Detta är dock inte förenligt med upphandlingslagstiftningen då det strider mot likabehandlingsprincipen. Det innebär också att kommunerna och landstinget måste skaffa sig stor kunskap om de enskilda

leverantörernas kostnadsbild, vilket är ett praktiskt problem. Möjligheten att uppnå en styrning mot till exempel politiskt formulerade mål, med hjälp av rätt form och nivå på ersättningen till leverantörerna har därmed sina begränsningar.

Även om ersättningarna till leverantörer har sina begränsningar så har dessa fortfarande en styrande effekt på tjänsterna. Effekten av styrningen är snarare ett genomsnittligt resultat för en hel verksamhetsform, exempelvis för hemtjänst-verksamheten i en kommun, än ett sätt att garantera en viss effekt för alla patienter eller brukare. För att uppnå en god styrning av upphandlad verksamhet är det lika viktigt med en välfungerande kontraktsuppföljning samt väl specificerade krav och hur kontraktsvillkoren är utformade. Vid konkurrensutsättning av vård och omsorg finns utöver detta ett antal andra styrmedel såsom rekommendationer/vårdprogram, verktyg/interventioner, samt lagar, förordningar och föreskrifter. Dessa styrmedel är mycket viktiga eftersom de ger effekter där styrning med hjälp av ersättningen är svag, det vill säga på patient- eller brukarnivå.

Denna vägledning fokuserar på ersättningsarnas betydelse som styrform. Både kontraktsutformning och kontraktsuppföljning har i sig stor betydelse för den möjliga utformningen av ersättningen. Det kan inledningsvis vara värt att påpeka att flertalet av exemplen på upphandlade tjänster som tas upp i denna vägledning ligger i den så kallade grupp D¹ vilket definieras som stort behov av uppföljning, gällande både kvalitet och produktivitet.

1.2 FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ERSÄTTNINGAR TILL LEVERANTÖREN ENLIGT LOU OCH LOV LOU

Upphandling av verksamheter inom vård och omsorg och som inte ingår i ett valfrihetssystem (se LOV nedan) upphandlas enligt LOU. LOU ställer i princip inte några krav på ersättningsformen, men de upphandlingsrättsliga principerna innebär ett betydande krav på tydlighet och öppenhet i både utformning och beskrivning av ekonomiska ersättningar.

Det finns också flera domar från EU-domstolen som säger att det strider mot likabehandlingsprincipen och mot ett öppet och objektiva upphandlingsförfarande att ställa krav som inte kan kontrolleras².

Även om LOU inte ställer några krav på ersättningsformens utformning så ska kommunen/landstinget ta hänsyn till vilken tilldelningsgrund som gäller för upphandlingen. Den ekonomiska ersättningen och dess form beror således på vilken tilldelningsgrund som kommer att användas. Utformningen av ersättningen till leverantörerna blir därmed ett mycket viktigt område i arbetet med att ta fram förfrågningsunderlagen.

En upphandling enligt LOU innebär i princip att leverantören som tilldelades kontraktet får ensamrätt för den upphandlade tjänsten under den tid som kontraktet gäller.

¹ Läs mer om grupperingen i separat vägledning "Avtalsuppföljning av vård och omsorg" som finns att hämta på www.upphandlingsmyndigheten.se

² Exempelvis EU-domstolens dom C-448-01 Winstroem-målet.

LOV

LOV omfattar sådana tjänster inom hälsovård och socialtjänster som är upptagna som B-tjänster i kategori 25 i bilaga 3 till lagen (2007:1091) om offentlig upphandling, med undantag av förskoleverksamhet. I praktiken innebär det att i princip alla tjänster som landsting och kommuner erbjuder sina invånare inom ramen för HSL, SoL samt LSS, kan konkurrensutsättas enligt LOV. När man ska fastställa ersättningar till leverantörerna är det viktigt att den upphandlande myndigheten behandlar leverantörer på ett likvärdigt och ickediskriminerande sätt. Den upphandlande myndigheten ska dessutom iaktta principerna om öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet även vid LOV. Alla leverantörer som blivit godkända ska erhålla samma ersättning för samma uppdrag. Detta innebär att det inte ska vara priskonkurrens mellan leverantörerna (se till exempel, ”Fritt val i vård och omsorg”, Konkurrensverket 2008). Patientens eller brukarens val syftar till att åstadkomma kvalitetskonkurrens mellan leverantörerna. Kravet på likvärdigt och ickediskriminerande sätt från myndighetens sida gentemot leverantörer, sammanfattas i vägledningen i begreppet konkurrensneutralitet.

Principiella skillnader för ersättningarna till leverantören i LOU och LOV

Den avgörande skillnaden mellan LOU och LOV är att konkurrensen mellan leverantörer uppstår vid anbudsutvärderingen i LOU, men först när patienten eller brukaren nyttjar tjänsten vid LOV. För ersättningen till leverantören innebär detta att:

- ▶ ersättningen oftast bestäms under upphandlingen i LOU, medan
- ▶ ersättningen bestäms i förväg av beställaren och anges i förfrågningsunderlaget i LOV.

Valet av ersättningsform är viktig för kommu-

nen och landstinget både vid LOU och vid LOV. Nivån på ersättningen, som bestäms av kommunen respektive landstinget, blir synnerligen viktig för hur väl ett valfrihetssystem kommer att fungera.

1.3 GENERELLA FRÅGESTÄLLNINGAR OM ERSÄTTNING TILL LEVERANTÖRER Risker för beställare och leverantör

Alla former av upphandling – och egentligen även drift i egen regi verksamhet – handlar i grunden om att bestämma hur olika risker mellan de två parter, beställare och leverantör, ska fördelas och vilka drivkrafter att påverka den upphandlade verksamheten som de olika aktörerna får som följd av riskfördelningen. Den ersättning leverantören får av kommunen eller landstinget är ett viktigt verktyg för att påverka riskfördelningen.

Från kommun- eller landstingssidan kan man skilja på budgetrisk (mer generellt kallad finansieringsrisk) som beror på möjligheterna till kostnadskontroll, och **servicerisk** som handlar om hur säkert man kan erbjuda vård och omsorg till invånarna anpassat till deras behov. För kommunen och landstinget är den reella budgetrisken att kostnaderna överstiger budgeten.

Vi antar därför att kommunen eller landstinget relativt enkelt kan fördela om budgetmedel som inte används och låta budgetrisken beteckna risken för att budgeten överskrids. Servicerisken kan också slå åt båda hållen – utbudet av vård och omsorg kan vara större eller mindre än behovet. Att utbudet är för lågt innebär att invånarna inte får den vård och omsorg de har behov av. Det motsatta förhållandet innebär att vård och omsorg tar upp resurser som inte används på bästa sätt. Det är då troligt att de resurserna kan göra större nytta i någon annan del av samhället.

Leverantörer behöver ta hänsyn till att de tar en **efterfrågerisk** som innebär att efterfrågan på deras tjänster avviker från den efterfrågan som de har planerat för. Efterfrågerisken kan också

slå åt två håll. Om efterfrågan är lägre än planerat, vilket är risken vid framförallt LOV, får leverantören inte de kunder de behöver, och riskerar då att göra en förlust. Det motsatta förhållandet, att efterfrågan blir större än planerat, vilket är risken vid framförallt LOU, kan också innebära en förlustrisk för leverantören, till exempel om kontrakt innehåller ett förbestämt åtagande men inte ersätter leverantören för de faktiska kostnaderna för åtagandet. Motsvarande situation kan uppstå även om efterfrågan från patienter och brukare blir exakt som planerat, men kostnaden för att uppfylla åtagandet i kontraktet blir högre än beräknat³. Typexemplet för detta inom vård och omsorg är oväntad sjukfrånvaro hos leverantören.

Fördelning av risk mellan upphandlande myndighet och leverantör

Hanteringen av risker i ett kontraktsförhållande fungerar i stort på samma sätt som i försäkringar. Den som vill försäkra sig mot en stor risk måste vara beredd att betala en hög försäkringspremie. En part i ett kontraktsförhållande som vill flytta över en risk från sig själv till den andra parten måste vara beredd att betala för det.

Eftersom ett kontrakt skrivs innan tjänsterna utförs och det inte går att i förväg veta säkert hur förhållandena ser ut när tjänsterna produceras, så är en diskussion om risker och deras fördelning mellan kommunen/landstinget och leverantör synnerligen relevant för kostnader som uppstår och ersättningar som ingår i kontraktet. Det råder relativt hög samstämmighet om att risk i princip bör fördelas så att den part som kan hantera och påverka risken, ska bära risken.⁴

Att lägga risk på en part som inte kan påverka den är meningslöst. Från kommunen/landstingets perspektiv leder det till att kontraktet blir onödigt dyrt. I verkliga fall är det oftast inte så att bara den ena parten kan påverka risken. Risken bör då fördelas mellan parterna i proportion till parternas möjlighet att påverka.

³ Det här fallet täcks något naturligare av det som ibland kallas utbudsrisk. För att hålla ner antalet begrepp räknar vi dock in det i efterfrågerisken.

⁴ Framställningen i avsnittet om fördelning av risk mellan upphandlande myndighet och leverantör följer det som kan kallas standardresonemanget inom området, se t.ex. Milgrom, P & J. Roberts (1992). Economics, Organisation and Management. Prentice Hall.

Det finns också risker som varken kommunen, landstinget eller leverantören kan påverka. Till exempel påverkar den internationella konjunkturen kostnadsläget för att driva tjänsten och den allmänna räntenivån kan vara avgörande för avkastningen av nödvändiga investeringar. Ett annat exempel där enskilda kommuner, landsting och leverantörer har små påverkansmöjligheter är lagar och statliga riktlinjer som påverkar förutsättningarna för den upphandlade tjänsten. Hur bör sådana risker hanteras? En enskild leverantör som utsätts för en oväntad risk som den inte kan påverka, kan försättas i konkurs vid en sådan situation. En kommun eller ett

landsting är en diversifierad verksamhet, ofta med en betydande storlek, och risken behöver därmed inte inverka lika negativt på kommunen eller landstinget som den gör på leverantören. I en sådan situation kan kommunen eller landstinget, på längre sikt, tjäna på att bära riskerna som varken de själva eller leverantörerna kan påverka.⁵

Syftet för arbetet med ersättningar till leverantörer

Diskussionen ovan kan sammanfattas i följande punkter över vad kommunen/landstingens arbete med ersättningarna till leverantörerna ska syfta till.

- ▶ Ersättningarna ska syfta till att uppfylla de övergripande mål som gäller för det berörda tjänsteområdet som ska upphandlas.
- ▶ Ersättningarna till leverantörerna ska inte ses som ett isolerat styrmedel. Utnyttja övriga styrmedel fullt ut.
- ▶ Undvik att lägga risk på leverantörerna som de har svårt att påverka. Risker som ingen part i upphandlingen kan påverka, tjänar normalt kommunen eller landstinget på att bära.
- ▶ Skapa intresse hos leverantören att påverka utfallet av servicerisken (incitament).
- ▶ Skapa rimlig kostnadskontroll så att budgeten inte överskrider hos kommunen/landstinget.
- ▶ Ersättningarna ska vara lätta att förstå och vara rättvisa och transparenta.



⁵ Rent formellt bör kommunen eller landstinget anses vara riskneutral medan leverantören är riskundvikande. I en sådan situation tjänar den riskneutrala parten på att bära risken som ingen part kan påverka (så kallad extern risk). Se vidare, Milgrom, P & J. Roberts (1992), Economics, Organisation and Management. Prentice Hall.

2. Kriterier för när verksamhet bör drivas i offentlig eller privat regi?

Även om denna vägledning handlar om konkurrensutsättning av vård och omsorgstjänster, berör vi här kort frågeställningen som kommunen/landstinget bör ta ställning till huruvida en viss verksamhet ska drivas i offentlig eller privat regi. Det finns ett antal olika aspekter att ta hänsyn till om man vill besvara denna fråga. En, även i den svenska debatten, populär utgångspunkt är de kriterier som anges i Shleifer (1998).⁶ Shleifer anser att produktion i offentlig regi är bättre än i privat regi om

1. möjligheterna till kostnadsreduktioner som leder till kvalitetssänkningar och som inte kan regleras i kontrakt, är betydande
2. möjligheten till innovationer är relativt betydelselös
3. konkurrensen är svag och konsumentvalet ineffektivt och
4. skador på leverantörens varumärke är betydelselöst eller svårt att åstadkomma.

Kriterierna ovan gäller om målen är exempelvis högre effektivitet, bättre kvalitet, bättre tillgänglighet eller dylikt. Utöver dessa finns kriteriet myndighetsutövning (som inte får läggas ut i privat regi) samt politiska kriterier som exempelvis valfrihet, likvärdighet och integritet.

Det första kriteriet diskuteras ibland i termer av transaktionskostnader.

Tanken är då att det kan vara möjligt att reglera kvaliteten men att det innebär uppföljningskostnader. Ett exempel när kvalitetssänkningar är svåra att reglera är forskningsintensiv vård. Detta då det är del av verksamhetsidén att man använder icke beprövade metoder.

Enligt det andra kriteriet är ofta motivet till att vilja konkurrensutsätta någon del av verksamheten att man vill främja innovationer av teknisk eller organisatorisk art (då privata företag ofta anses vara bättre på detta). Om det inte går att införa innovationer så faller något av poängen med att privatisera. Då "innovationer" även omfattar organisatorisk utveckling innebär det att även en icke teknikintensiv verksamhet såsom hemtjänsten går att utveckla (schemaläggning, brukaranpassning etc.).

I det tredje kriteriet menas att potentiell konkurrens kan vara lika viktig som faktisk konkurrens. Exempel på när konkurrensen är svag är områden med stora fasta kostnader som gör att nya företag drar sig från att ge sig in i en upphandling. Den stora fasta kostnaden är ofta lokaler. Personalkostnader är i viss mån fasta: en del kvalificerad personal är svåra att anställa snabbt, medan personal inom hemtjänsten ofta är timanställda.

⁶ Shleifer, A (1998), "State versus Private Ownership", Journal of Economic Perspectives, vol 12, s 133-150.

Det som kännetecknar ett effektivt konsumentval är att konsumenterna kan göra aktiva och informerade val. Ett exempel på ett aktivt och informerat val är när någon som under längre tid behandlas med sjukgymnastik för en knäskada hos en specifik vårdgivare (man uppfattar själv vad som fungerar hos vårdgivaren, man går dit många gånger och man kan höra sig för med bekanta om deras åsikter). Ett motexempel är vård av demenssjuka (patienten byter sällan utförare för att man själv vill och har heller ingen möjlighet att vara informerad).

Enligt det fjärde kriteriet är ett företags varumärke ofta det viktigaste skyddet mot att företaget inte handlar oetiskt, varför det är ett stort problem om varumärket inte går att komma åt eller inte betyder något. Vetskapen om varumärkets betydelse gör ofta att upphandlaren lyfter fram leverantörens varumärke. Ett exempel när varumärket spelar liten roll för upphandlaren är då man upphandlar ramavtal med lägsta pris som enda urvalskriterium.

Att kriterierna som talar för om något bör utföras i offentlig regi ser ut ungefär som ovan är inte särskilt omdebatterat i den akademiska litteraturen. Det finns däremot en större diskussion om i vilken grad parametrarna för de olika kriterierna går att påverka. Shleifer själv är tämligen optimistisk på den punkten medan andra är mer pessimistiska.

Det är viktigt att skilja på två typer av förändringar av kriterieuppfyllelsen; de som går att påverka politiskt och de som beror på utvecklingen över tid. Exempel på möjlig politisk påverkan är regelförändringar, som ofta kan åtgärda bristande uppfyllelse av kriterierna ovan. Exempel på hur upphandlingsförfaranden påverkar förhållanden över tid är att marknadsförhållandena påverkas när nya marknadsstrukturer växer fram som är svåra att förutspå. Dessa kan

vara både positiva (exempelvis vid nya samverkansformer) och negativa (exempelvis vid större monopolistiska inslag).

Utvärdering av upphandlad verksamhet bör alltid ske och kan då göras i princip på tre sätt:

1. genom att jämföra med vad som hade hänt om verksamheten varit kvar i egen regi
2. genom att utvärdera måloppfyllelse
3. genom att upphandla en verksamhet och samtidigt starta en likadan verksamhet i egen regi.

Det första sättet ger svar på den antagligen mest intressanta frågan d.v.s. om det var bra eller dåligt. Problemet, liksom vid de flesta andra utvärderingar, är att nollalternativet sällan är lätt att definiera. Ett motsvarande generellt metodproblem med det andra sättet är att det sällan är helt lätt att definiera vilka målen var. I det tredje sättet ska casemixproblemet hanteras (problemet att utvärdera insatserna i vården och omsorgen vid skillnader i vårdtyngd och ålder hos de två utförarnas brukare).

I samband med att Östersunds kommun byggde två nya äldreboenden upphandlades driften av det ena boendet medan egenregiverksamheten driver det andra. Utvärdering av dessa boenden finns att läsa på Nordic Healthcare Groups webbplats: www.nhg.se/nyheter.php?aid=16454&k=-3 Några andra svenska utvärderingar som gjorts finns sammanställda i Hartman (2011).⁷

⁷Hartman, L (red) (2011), Konkurrensens konsekvenser – vad händer med svensk välfärd? SNS förlag, Stockholm.

3. Ersättningsformer

Den ersättning leverantören får av kommunen/landstinget är ett viktigt verktyg för att påverka riskfördelningen och drivkrafterna i upphandlad verksamhet, dock inte det enda. I det följande ges en allmän belysning av hur utformningen av ersättningen kan påverka leverantörernas drivkrafter och forma den verksamhet som medborgarna möter.

3.1 VILKA EFFEKTER VILL MAN UPPNÅ MED ERSÄTTNINGEN

Grundläggande för vilka effekter som eftersträvas genom ersättningsystemet och andra styrmedel som kommunen/landstinget förfogar över är naturligtvis de övergripande mål som gäller för det berörda tjänsteområdet, i detta fall vård och omsorg i olika former. Dessa mål kan variera beroende på vilken kommun/landsting och tjänst det gäller och målen förändras också vanligen över tid. Rent allmänt kan man dock utgå från att hög produktionstakt, låga kostnader och hög kvalitet är eftersträvansvärda mål i vård och omsorg, även om det i slutändan ofta blir nödvändigt att göra en avvägning mellan dessa mål. Olika ersättningsformer kan ha positiva eller negativa effekter på verksamheten, kostnaderna och kvaliteten. Hur stora eller små dessa effekter blir beror bland annat på omständigheterna i det enskilda fallet, men också på hur olika ersättningsformer kombineras med varandra och med andra typer av styrmedel och drivkrafter. I det följande beskrivs dock vissa generella samband mellan ersättningsform och verksamhetsutfall.

3.2 OLIKA ERSÄTTNINGSFORMER

En indelningsgrund som kan användas för ersättningsformernas form är

- ▶ fast ersättning
- ▶ rörlig ersättning
- ▶ målrelaterad ersättning.

Denna indelning täcker i princip in alla befintliga ersättningsformer inom vård och omsorg som konkurrensutsätts enligt LOU och LOV, men kan även användas vid ersättning till egen regi. Om enbart en av ersättningsformerna används är det svårt att nå en lämplig avvägning mellan de tre allmänna målen ovan d.v.s. hög produktionstakt, låga kostnader och hög kvalitet. Men genom att kombinera de olika ersättningsformerna finns bättre möjligheter att komma fram till en rimlig avvägning mellan mål som ofta är motverkande.

Nedan beskrivs de tre ersättningsformerna. Därefter diskuteras hur de kan kombineras med varandra. Kapitlet avslutas med ett fördjupande avsnitt om drivkrafter och incitament för val av olika ersättningsformer.

3.2.1. Fast och rörlig ersättning

Ersättningsformerna brukar delas in i **fast** respektive **rörlig** ersättning, beroende på om ersättningen varierar med volymen producerad vård eller omsorg. Fast ersättning innebär att leverantören får ersättning för ett generellt åtagande, och ersättningen blir i princip densamma oavsett hur mycket vård eller omsorg som produceras. Rörlig ersättning är direkt kopplad till volymen vård eller omsorg som produceras. Fast ersättning kallas ofta för anslag, medan prestationsersättning är en vanlig beteckning för rörlig ersättning.

Fast ersättning i form av anslag förekommer ofta, och i princip i alla områden inom vård och omsorg. Ersättningens storlek har till exempel bestämts i en upphandling eller för egenregiverksamhet.

Tabellen nedan ger en grov indelning av fasta och rörliga ersättningar, inom olika områden av vård och omsorg.

Fast ersättning finns i olika former inom vård och omsorg. Detta gör att det kan vara svårt att avgöra om ersättningen är fast eller rörlig. Som grundregel betraktar vi en ersättning som fast om den inte är kopplad till faktiskt genomförda insatser för individen, det vill säga patienten eller brukaren.

Däremot kan den fasta ersättningen vara kopplad till de insatser som leverantören förväntas göra för de patienter eller brukare som ingår i dess åtagande. Det är också vanligt (och ofta att rekommendera) att den rörliga ersättningen differentieras efter de förväntade insatserna för patienterna och brukarna. Detta ökar svårigheterna att klassificera ersättningar i fast och rörlig. Det finns också ersättningar som är kopplade till antalet individer (patienter eller brukare) men som trots det är att betrakta som fast ersättning. Nedan följer en genomgång av dessa varianter.

Tabell 3.1: **Fasta och rörliga ersättningar**

| Område/tjänst | Fast | Rörlig |
|--------------------------|--|--|
| Särskilt boende | Per antal belagda platser (fast dygnsersättning) | Per antal belagda platser (rörlig dygnsersättning) |
| Hemtjänst | Biståndsbedömd tid | Utförd biståndsbedömd tid |
| Primärvård | Kapitation ⁸ | Per besök (utfört av olika tjänstekategorier) |
| Specialiserad öppenvård | Utifrån tidigare utförd produktion (DRG) | Per besök Per grupperade besök (DRG) |
| Specialiserad slutenvård | Utifrån tidigare utförd produktion (DRG) | Per dygn, per vårdtillfälle Per grupperade vårdtillfällen (DRG) |

⁸ Ersättningssystem baserade på **individer** (invånare eller kunder) innebär att leverantören erhåller en ersättning per kund (vårdtagare) som denne har ansvar för, antingen genom att kunderna gör aktiva val eller genom att invånarna i ett visst område hänförs till leverantören. Denna ersättningsprincip kallas ofta kapitation (efter latinets *capitatio*; skatt som utgår per huvud).

Fast ersättning per registrerad individ

En fast ersättning kan vara kopplad till antalet individer (patienter eller brukare) som ingår i leverantörens åtagande. Antingen för att individen har valt leverantören eller att denne ingår i ett områdesansvar. Det avgörande för att ersättningen ska anses vara fast är att den utgår med ett visst belopp per individ, men att ersättningen inte varierar utifrån de faktiska insatserna. Beloppet kan variera per individ, vilket diskuteras mer nedan.

Den kommunala omsorgen är normalt biståndsbedömd. Om ersättningen utgår ifrån den biståndsbedömda tiden blir den en fast ersättning per registrerad individ. Ett exempel är hemtjänst som ersätts utifrån biståndsbedömd tid för brukaren som antingen har valt leverantören

eller ingår i leverantörens områdesansvar. Inom primärvård är kapitationsersättning exempel på en fast ersättning per individ.

Individdifferentierad ersättning

Individer har olika behov av vård och omsorg. Det innebär att olika patienter och brukare kräver olika stora resursinsatser från leverantören. Resursinsatserna genererar sedan olika kostnader för leverantören. Det ger drivkrafter för leverantören att försöka undvika de individer som kostar mycket, eller att undvika att ge dem de insatser de har behov av. Ett sätt att minska det problemet är att gruppera individerna efter förväntad resursinsats från leverantören. Både fast och rörlig ersättning kan differentieras efter individ.



Biståndsbedömningar utförs på individnivå. Generellt sett är därför alla ersättningar i kommunerna som baseras på insatser efter biståndsbeslut att betrakta som individdifferentierade ersättningar. Exempel är ersättningar i hemtjänst som baseras på biståndsbedömd tid eller utförd biståndsbedömd tid. Ett exempel på differentiering av ersättning till särskilt boende, baserad på biståndsbedömning, är när en kommun differentierar sin rörliga dygnsersättning till boendena i olika nivåer utifrån de insatser som behöver göras för respektive boende. För att likabehandlings- och proportionalitetsprincipen enligt LOU och LOV ska kunna uppnås krävs i detta exempel att biståndsbedömningen är utförd på ett systematiskt och enhetligt sätt vid samtliga bedömningar. Inom sjukvården används ofta standardiserade mått och instrument för att justera för skillnader i förväntade resursinsatser. Inom primärvården differentieras ofta kapitationsersättningen efter åldersgrupper. Differentiering enligt vårdtyngd med utgångspunkt i patienternas tidigare registrerade diagnoser, i form av ACG-metoden⁹, används inom primärvården i några landsting. Skåne använder utöver ACG också det så kallade CNI-indexet¹⁰ för primärvårdsersättningen för att ytterligare justera för vårdtyngdsskillnader som beror på skillnader i socioekonomisk status. Inom den specialiserade somatiska sjukvården i Stockholms läns landsting differentieras ersättningen efter en diagnosrelaterad gruppering, det så kallade DRG-systemet¹¹.

Övrig differentiering av rörlig ersättning

Förutom patient- och brukarrelaterade orsaker finns också ett stort antal produktionsrelaterade orsaker till kostnadsskillnader vilka kan ge leverantörerna drivkrafter att undvika vissa insatser. På samma sätt som för individdifferentieringen av ersättningarna finns det skäl att differentiera för produktionsrelaterade kostnadsskillnader. Orsaker som relaterar till hur en viss vård eller

omsorg produceras skiljer sig självfallet mycket åt mellan olika verksamheter. Exempel på sådan differentiering inom hemtjänsten är att låta timersättningen variera med tidpunkt på dygnet, kopplat till hur personalkostnaderna varierar på grund av olika ob-tillägg. En annan differentieringsgrund är om en insats kräver att en eller två medarbetare utför den. Ersättningarna i hemtjänsten kan differentieras efter båda dessa grunder. Besöksersättningarna för läkarbesök inom primärvården kan ge extra ersättning, utöver den för ett ordinarie mottagningsbesök, beroende på om det är ett hembesök, om tolk närvarar med mera.

⁹Adjusted Care Group (ACG) är ett beskrivningsinstrument där patienter fördelas i 81 ACG grupper. Alla patienter inom varje grupp har likartade tillstånd vilket gör det möjligt att beskriva patientgrupper med olika tillstånd i en utvald population med hjälp av ACG-grupper. Grupperna är samtidigt konstruerade för att inom sig vara homogena med avseende på resursåtgång. Genom att vikta grupperna i förhållande till den resursåtgång de kräver kan ACG-systemet användas för att fördela resurser efter sjukdomsburda i befolkningen. (F. Jacobsson, *Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård, CMT Rapport 2007:2*).

¹⁰Care Need Index (CNI) är ett system som ursprungligen kommer från England. Även här är syftet att bättre kunna beskriva en populations förväntade vårdtyngd och på så sätt kunna åstadkomma en rättvisare resursfördelning. Istället för faktisk vårdkonsumtion används i CNI (i Sverige) sju olika variabler som visat sig viktiga när det gäller hur stor vårdtyngd en population har (Lindvall 2004). De sju variablerna avseende vårdtyngd är följande: ensamstående äldre än 64 år, utlandsfödda, arbetslösa, ensamstående föräldrar, individer som flyttar, lågutbildade och barn under fem år. (F. Jacobsson, *Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård, CMT Rapport 2007:2*).

¹¹Diagnosrelaterade grupper (DRG) är ett system för att klassificera utskrivningsdiagnoser i likartade grupper utifrån förväntade kostnader. DRG systemet utvecklades ursprungligen i USA för att kunna beskriva och jämföra den slutna vården vid olika sjukhus. Därefter har DRG använts som grund för ersättningen och spridit sig till en rad länder, däribland Sverige. DRG-systemet omfattar numera även den öppna vården vid sjukhusen och den variant av systemet som används i Sverige utvecklas fortlöpande inom ramen för ett nordiskt samarbete (Nord DRG). (A. Anell, *Vården i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården, ESO-rapport 2010:7*).



3.2.2 Målrelaterad ersättning

En nackdel med både fast och rörlig ersättning är att de i princip ger samma ersättning till leverantören oavsett om den har utfört en insats med hög eller låg kvalitet. Den differentiering av ersättningarna som har beskrivits ovan har som målsättning att undanröja vissa drivkrafter till kvalitetsför-sämringar från leverantörernas sida. Däremot uppmuntrar de inte leverantören att åstadkomma kvalitetsförbättringar. Det finns också en genomgående konsensus i aktuell forskningslitteratur om ersättningar, att varken fast eller rörlig ersättning ger positiva effekter på kvaliteten.

Även om differentiering av fast eller rörlig ersättning syftar till att undvika vissa former av kvalitetsförsämringar, går det också att hitta fall där dessa ersättningsformer aktivt motverkar kvalitetsförbättringar. Ett sådant exempel är differentierad ersättning till särskilt boende baserad på biståndsbedömning. Om en individ får ett förbättrat tillstånd på grund av person- lens aktiva rehabilitering kan leverantören av boendet få en lägre ersättning i fortsättningen för denna individ. Om leverantören inte kan minska sina kostnader i motsvarande grad så finns det ingen ekonomisk drivkraft för leverantören att arbeta aktivt med rehabiliteringsåtgärder. För att leverantören ska få en drivkraft för att höja kvaliteten i sin vård eller omsorg av individerna måste kommunen/landstinget dela vinsten för detta med leverantören genom att ersätta leverantören för de kvalitetsförbättringar som skett. Vinsten hos kommunen/landstinget i detta exempel är att individerna inte behöver lika mycket vård och omsorgsinsatser som tidigare.

Målrelaterad ersättning är en ersättningsform som syftar till att uppfylla detta mål. Utgångspunkten är att sätta upp kvalitetsmål för ett tjänsteområde och ersätta leverantören om denne uppfyller målen.

Målrelaterad ersättning används idag i vården. De flesta landsting använder målrelaterad ersättning i primärvården. Omkring tre procent av den totala ersättningen till primärvården är ofta ersättningsrelaterad. I några landsting används den även i ersättningen för specialiserad vård, ett exempel är Stockholms läns landsting.

I kommunerna förekommer i princip inte målrelaterad ersättning. Dock kan vissa regler för ersättning som har tillämpats indirekt klassas som målrelaterad ersättning. Ett exempel är den av Sollentuna kommun tidigare använda vårdtyngdsbaserade ersättningsmodellen för särskilt boende. Där avstod man från att dra ner ersättningen vid tillståndsförbättring, om förbättringen berodde på en aktiv rehabiliteringsinsats från leverantörens sida. Konstruktion kan ses som en form av bonus kopplat till ett kvalitetsmål om att minska omsorgsbehovet hos individen.

Krav på utformning av mått på utfall i målrelaterad ersättning

Målrelaterad ersättning baserad på utfall bör fokusera på utfallsmått som beskriver positiva resultat – patienten/brukaren blev bättre (fastslaget utifrån en bistånds-/medicinsk bedömning eller enligt brukarens/patientens egen bedömning) och inte bara utifrån negativa resultat (såsom dödsfall, dödsorsaker, komplikationer etc.).

Utfall i form av processmått bör utgå ifrån definition och mätning av att bara utföra det som är nödvändigt och tillräckligt, sett till aktuellt behov, och inte att det utförs ett antal åtgärder inkluderande onödiga insatser för att patienten/brukaren ska bli bättre.

3.2.3 Andra varianter av ersättningsformer

Nedan redovisas två andra varianter på ersättningar som finns inom hälso- och sjukvården.

Episodbaserad ersättning

Det förekommer ersättningsmodeller där ersättningen täcker en serie av aktiviteter kring en patient där olika åtgärder kan bli utförda av skilda kompetenser på olika håll, men som sammantaget blir en meningsfull helhet kring vården av en patient. Ersättningen för höft- och knäledsoperationer i Stockholms läns landsting utgör ett exempel på en sådan modell.

I ersättning per operation till vårdgivaren inkluderas

- ▶ läkarundersökning före operation
- ▶ operation inklusive eftervård enligt uppdragsbeskrivningen/kravspecifikationen
- ▶ protes och för operationen erforderliga läkemedel och annat material
- ▶ efterkontroll med röntgenundersökning.

En ersättningsmodell av denna typ ställer stora krav på väl definierade och avgränsade indikationer samt på tillgång till goda möjligheter att beskriva vårdinnehållet.

Kostnadsansvar för onödiga fel/ komplikationer samt återinläggningar

Krav på leverantören att denne ska utföra vården med hög kvalitet och därmed undvika att landstinget får betala för reoperationer och onödig vård är också något som prövas på olika håll internationellt och i Sverige. Både internationellt och i Sverige finns exempel på modeller där fel, onödiga komplikationer och återinläggningar medför krav på den leverantör som anses ha orsakat detta och som då får bära ansvaret för de vårdkostnader som sådana händelser leder till. I ersättningsmodellen för höft- och knäledsoperationer

i Stockholms läns landsting stipuleras att leverantören ska ta ekonomiskt ansvar för eventuella reoperationskostnader (preoperativ undersökning, operation, protes/operationsmaterial och eftervård med rehabilitering till hemgång) inom 2 år efter primäroperation.



3.3 ERSÄTTNINGSFORMENS EFFEKTER

I tabellen nedan sammanfattas vilka incitament de olika ersättningsformerna ger leverantörer av vård och omsorg. Den kan samtidigt ses som en sammanfattning av ersättningarnas möjligheter som styrmedel för vård och omsorg. Tabellen bygger på en litteraturstudie av Jacobsson (2007) som sammanfattar svenska och internationella erfarenheter. I avsnitt 5 finns en mer omfattande tabell både avseende ersättningsformer och olika slag av incitament.

Produktionskostnad i tabellen nedan står för kostnad per producerad volymenhet, till exempel läkarbesök i primärvården, utförda timmar i hemtjänsten, vårdtillfälle i slutenvård eller vård-dygn på kommunalt boende. Produktionskostnad multiplicerat med producerad volym ger den totala kostnaden. Produktionskostnad mäter hur produktiv vården eller omsorgen är. Däremot är det fullt möjligt att en ersättningsform ger incitament för en låg produktionskostnad samtidigt som den

motverkar en god kostnadskontroll, på grund av att ersättningsformen samtidigt uppmuntrar en hög produktionsvolym.

3.3.1 Fast ersättning

Anslag

En fast ersättning i form av ett anslag medför att kommunen/landstingets kostnad är känd i förväg vilket innebär god kostnadskontroll. För att leverantören inte ska riskera att gå med förlust blir det mycket viktigt för denne att hålla nere både produktionsvolymen och kvaliteten. Därför ger fast ersättning ett starkt incitament som motverkar hög produktionsvolym och hög kvalitet. För produktionskostnaderna är det inte givet hur den fasta ersättningen påverkar incitamenten för leverantören. Empiriska studier har dock visat att fast ersättning tenderar att uppmuntra höga produktionskostnader¹². En positiv aspekt som inte finns med i tabellen är att anslag, som enda ersättningsform, motverkar att leverantörerna

Tabell 3.2: **Ersättningsform och incitament**

| Ersättningsform | Fast | | Rörlig | Mårelaterad |
|------------------------|--------|--------------|--------|-------------|
| | Anslag | Reg. individ | | |
| Incitament för | | | | |
| Hög produktionsvolym | - | -- | + | |
| Låg produktionskostnad | - | ++ | + | |
| Hög kvalitet | - | - | - | ++ |
| Kostnadskontroll | + | ++ | - | |

¹² F. Jacobsson, Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård, CMT Rapport 2007:2.

försöker förbättra vinstmöjligheter genom att välja bort (om det går) dyra patienter eller brukare.

Sammanfattningsvis ger fast ersättning i form av anslag en god kostnadskontroll, men negativa effekter på produktionsvolym, produktionskostnader och kvalitet.

Ersättning per registrerad individ

Fast ersättning per registrerad individ leder till god kostnadskontroll för kommunen/landstinget eftersom totalkostnaden är given på förhand för hela patient- eller brukargruppen som kommunen/landstinget ansvarar för. För leverantören påminner ersättningen dock mycket om en rörlig ersättning, eftersom leverantören tappar ersättning för patienter eller brukare som denne förlorar, till exempel på grund av individens val. För att vara säker på att inte gå med förlust så måste leverantören precis som vid rörlig ersättning (se nedan) hålla nere produktionskostnaden för varje producerad volymenhet. Dessutom, eftersom ersättningen utgår per individ oavsett hur mycket vård eller omsorg individen faktiskt konsumerar, så får leverantören ett extra stort incitament att hålla nere produktionskostnaderna för varje enskild vård- eller omsorgsinsats.

Av samma skäl får leverantören, jämfört med anslag, ytterligare incitament att hålla nere produktionsvolymerna.

När det gäller kvalitet så har det visat sig i praktiken att ersättning per registrerad individ ger ungefär samma negativa effekter som anslag.

Sammanfattningsvis ger ersättning per registrerad individ god kostnadskontroll för kommunen/landstinget, starka drivkrafter för att hålla ned volymer och produktionskostnader men negativa effekter på kvaliteten.”

3.3.2 Rörlig ersättning

Rörlig ersättning ger ungefär motsatta effekter jämfört med fast ersättning genom anslag. Eftersom ersättningen utgår efter producerad volymenhet, besök, utförd timma, dygn eller vårdtillfälle, innebär det att leverantören uppmuntras att hålla en hög produktionsvolym. Förutsättningen för att denne ska göra en vinst är att produktionskostnaden för varje ersatt insats kan hållas inom ersättningen för insatsen. Det gör att rörlig ersättning är en drivkraft för leverantören att hålla nere produktionskostnaden. Ersättningen stimulerar alltså till hög kostnadsproduktivitet.

Grunden för att leverantören ska hålla en hög produktionsvolym är att ersättning per insats överstiger dennes kostnader för insatserna inklusive en eventuell vinst. Om detta inte gäller uteblir incitamentet, och om ersättningen innebär en förlust för varje insats blir incitamentet att hålla nere produktionsvolymerna så mycket som möjligt.

Rörlig ersättning innebär att leverantören inte stimuleras till att hålla en hög kvalitet. Tvärtom tenderar vinsten att öka om kvaliteten kan minskas. Empiriska studier visar också att rörlig ersättning ger negativa effekter på kvaliteten.¹³

Så länge leverantören gör en vinst på varje ytterligare insats kommer leverantören att öka volymen, och därmed sin totala ersättning. Därför är effekterna på kommunernas/landstingens kostnadskontroll negativ för rörlig ersättning. Det innebär att det numera i princip inte förekommer rörlig ersättning utan någon form av ersättningsbegränsning. Den utan tvekan vanligaste begränsningen är att införa ett takbelopp. För insatser som leverantören utför över takbeloppet får denne ingen ersättning (men den kan få behålla patientavgifter eller andra avgifter som kommunen/landstinget inte betalar). Ett tak saknar

¹³ F. Jacobsson, Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård, CMT Rapport 2007:2.

flexibilitet för till exempel variationer i efterfrågan. Ett tak riskerar också att begränsa kostnadseffektiva leverantörer i samma grad som de mindre kostnadseffektiva, vilket totalt sett kan leda till en vård eller omsorg som är dyrare än nödvändigt. Ett alternativ till tak för den rörliga ersättningen är att ersättningsnivåerna för insatserna successivt minskar med utförd volym. Det finns relativt sett få sådana exempel från vård och omsorg, men ett exempel är ersättningen för besök inom primärvården i Stockholms läns landsting. Där minskar ersättningen per besök med 33 procent när det genomsnittliga antalet besök per listad person (registrerad person hos leverantören) ligger över en viss gräns. I ett sådant system kan effektiva leverantörer fortsätta att producera så länge de klarar av att ha sin kostnad under den reducerade nivån. En ytterligare effekt är att en leverantör bestraffas mindre (eller inte alls, beroende på kostnadsbild) av att ta vårdtunga patienter som behöver många besök inom primärvården.

Sammanfattningsvis kan rörlig ersättning stimulera leverantörerna att hålla upp produktionsvolymen och hålla nere produktionskostnaderna. Ersättningen riskerar att ge negativa effekter på kvaliteten. Kostnadskontrollen hos kommunen/landstinget är också dålig. Normalt måste ersättningen begränsas på något sätt.

3.2.3 Målrelaterad ersättning

Både fast och rörlig ersättning ger negativa effekter på kvaliteten. Målrelaterad ersättning är i princip den enda ersättningsform som i praktiken ger positiva effekter på kvaliteten. I princip skulle man kunna tänka sig en helt målstyrd ersättningsmodell där även mål finns med för volym, produktionskostnader och kostnadskontroll. I praktiken är målrelaterad ersättning en krävande ersättningsform att använda. I det här sammanhanget ses den främst som ett styrmedel som kan avhjälpa de övriga ersättningsformernas negativa effekter på kvaliteten för vård och omsorg.

3.4 STYRNING GENOM ATT KOMBINERA ERSÄTTNINGSFORMER I EN ERSÄTTNINGSMODELL

När ersättningsformer kombineras i ersättningen till en given upphandlad verksamhet blir resultatet en ersättningsmodell. Utifrån de diskussioner som har förts tidigare i vägledningen kan följande egenskaper tillskrivas en ersättningsmodell:

- ▶ redskap att påverka och styra inriktningen på ett tjänsteområde
- ▶ aktualiserar incitament och drivkrafter
- ▶ ett instrument för kostnadskontroll och hushållning
- ▶ innehåller beskrivning om vad som ska utföras och på vilka villkor
- ▶ en metod/teknik att ersätta vårdgivare.

Nedan fokuseras på den första egenskapen hos en ersättningsmodell, nämligen hur man använder den som ett styrmedel.

De övergripande mål som ersättningen till leverantörer ska styra mot motsvarar incitamenten från tabell 5.1, det vill säga följande:

- ▶ servicemål – produktionsvolym
- ▶ kostnadseffektivitet – produktionskostnader (per volymenhet)
- ▶ kvalitet
- ▶ kostnadskontroll.

Det bör påpekas att servicemålet i det här fallet handlar om huruvida det produceras tillräcklig volym av vård eller omsorg så att det uppfyller invånarnas behov. Två slutsatser kan dras om hur ersättningen kan styra mot hur de fyra övergripande målen kan uppnås.

- ▶ Ingen ersättningsform klarar ensam av att ge positiva effekter för alla fyra övergripande mål.
- ▶ Tillsammans kompletterar fast, rörlig och målrelaterad ersättning varandra.

Om samtliga tre ersättningsformer kombineras kan det ge positiva effekter för alla fyra övergripande mål.

Normalt bör alltså en ersättningsmodell skapas för varje tjänsteområde som upphandlas, och innehålla en kombination av de tre ersättningsformerna fast, rörlig och målrelaterad ersättning. De specifika förhållandena som gäller för respektive tjänsteområde, tillsammans med en beskrivning av hur målpuppfyllelsen av de övergripande målen ska förändras eller förbättras, avgör de tre ersättningsformernas vikt i ersättningsmodellen. Konkret bör alltså ersättningen till en leverantör ha följande form:

1. Fast ersättning: XXXX

SEK/period

Period (oftast månad) kan vara period per individ vid ersättning per registrerad individ, t.ex. listad patient per månad, eller biståndsbedömd timme per månad i hemtjänsten. Ersättningen kan också vara differentierad efter individ eller produktionsförhållanden.

2. Rörlig ersättning: YYYY

SEK/volymerhet

Volymerhet kan vara besök i sjukvården, utförd biståndsbedömd timme i hemtjänsten, belagda dygn i kommunala boenden och vårdtillfälle eller DRG-poäng i slutenvård. Ersättningen kan också vara differentierad efter individ eller produktionsförhållanden.

Ersättningstak: Ingen ersättning utgår över yyyy volymerheter

Alternativt kan avtagande, efter volym, ersättning per volymerhet användas

3. Målrelaterad ersättning, per uppfyllt kvalitetsmål:

Mål 1: ZZZA SEK (eller ZA% av t.ex. total fast och rörlig ersättning)

Mål 2: ZZZB SEK (eller ZB% av t.ex. total fast och rörlig ersättning)

Ersättningsmodellen kan också vara uppdelad i olika delverksamheter, så att olika ersättningar gäller för till exempel service och omsorg i hemtjänst, eller olika typer av besök i primärvården. Detta förändrar principiellt inte uppställningen ovan.

Normalt, för de flesta områden som upphandlas, bör alla tre ersättningsformerna finnas med. Det finns undantag. Till exempel skulle det ideala området för ett valfritetssystem, där det inte finns några fasta kostnader i verksamheten, fungera bra med bara rörlig och målrelaterad ersättning. Utöver det så finns det åtskilliga områden där det i ett valfritetssystem är svårt att definiera en konkurrensneutral fast ersättning som till exempel för kommunala boenden och specialiserad sjukvård.

I fördjupningsavsnittet nedan ges också exempel på att det för komplex verksamhet, där det är tveksamt om den ska upphandlas, troligen passar bäst med en ersättningsmodell med enbart fast ersättning. I typfallet bör dock ett område som bedöms inte vara lämplig för ett valfritetssystem, utan därför upphandlas enligt LOU, ha en ersättningsmodell där alla tre ersättningsformerna ingår.

En ersättningsmodell för ett tjänsteområde bör alltså ha den tredelade formen enligt ovan. Det återstår att bestämma dels den inbördes vikt som fast, rörlig respektive målrelaterad ersättning ska ha mellan varandra, dels de konkreta ersättningsnivåerna i kronor.

Konkreta ersättningsnivåer tas inte upp i denna vägledning, men trots det går det att säga en del om ersättningsformernas inbördes vikt. Detta diskuteras i de följande avsnitten.



3.5 ÖVERGRIPANDE MÅLUPPFYLLELSE: UPPHANDLINGENS SYFTE

Övergripande mål som ersättningen till leverantörer kan styra mot

- ▶ servicemål - produktionsvolym
- ▶ kostnadseffektivitet – produktionskostnader (per volymenhet)
- ▶ kvalitet
- ▶ kostnadskontroll.

Den tredelade generella ersättningsmodellen klarar av att styra mot ovanstående övergripande fyra mål, varken mer eller mindre. Det går naturligtvis att dela in tjänsteområdet i delområden och olika patient- eller brukargrupper. Då är det emellertid dessa fyra mål som ersättningsmodellen styr mot inom varje del eller grupp. Servicekvalitet (tillgänglighet, bemötande, o.s.v.) ses som en del av kvalitetsmålet.

Oftast finns det ett syfte med konkurrensutsättningen eller beställningen, även om det inte alltid är uttalat, som går att formulera utifrån de fyra övergripande målen. Detta syfte är i princip en förutsättning för att kunna utforma en välvägd ersättningsmodell för det som ska upphandlas. Målen är av övergripande natur så därför blir också syften som är kopplade till dessa mål enkla. Syftet med upphandlingen ger direkt information om den vikt som bör ges till var och en av de tre ersättningsformerna.

På nästa sida visas exempel på hur syften med upphandlingen, som kopplar till de övergripande fyra målen, kan se ut.

Exempel:

Servicemål – produktionsvolym

I exemplet får inte invånarna den vård eller omsorg de har behov av eller rätt till. Möjliga servicemål som inte uppfylls kan vara följande:

- ▶ hemtjänstbrukarna får färre timmar hemtjänst än de har rätt till enligt biståndsbedömningen
- ▶ för få hembesök görs av allmänläkare
- ▶ platser är tomma för länge innan de fylls på i äldreboendena.

Samtliga ej uppfyllda servicemål antyder att produktionsvolymen behöver öka. Enligt tabell 3.2 görs det enklast genom att öka den rörliga komponenten i ersättningsmodellen, eller genom att införa en rörlig komponent, om det inte finns någon.

Exempel:

Kostnadseffektivitet – produktionskostnader (per volymerhet)

Förekommer ofta i två generella varianter:

- ▶ besparingar. Vi är nöjda med volymen vård eller omsorg, men vi betalar för mycket för den
- ▶ vi betalar tillräckligt för vården eller omsorgen, men behöver få upp volymen.

I princip innebär båda dessa syften, enligt tabell 3.2, att den rörliga komponenten bör öka i ersättningsmodellen. Dock är det ofta svårt i praktiken eftersom en högre andel rörlig ersättning också ökar risken för att leverantören inte får tillräcklig täckning för sina kostnader. Det innebär normalt att leverantören vill ha bättre betalt totalt sett för att vara beredd att ta på sig den risken. Möjligheten att lyckas med det andra syftet ökar om den rörliga komponenten ökar samtidigt som kommunen/ landstinget är beredd att åtminstone till viss del öka totalkostnaden för de aktuella avtalen. Det första syftet är svårt att uppfylla. Om det beror på att den tidigare leverantören hade ett fördelaktigt avtal (på grund av t.ex. svag konkurrens), kan det löna sig att i samband med nästa upphandling justera ersättningsmodellen. I grunden handlar det emellertid om att kommande upphandling kan ske under bättre konkurrens. Om beställaren är säker på att marknaden kan acceptera ett lägre totalt pris kan det vara ett lämpligt tillfälle att tilldelningsgrunden sker enligt det ekonomiskt mest fördelaktiga anbudet där ersättningen är bestämd i förväg och anbudsgivarna i stället konkurrerar om vilken ytterligare kvalitet som kan levereras, givet att angivna ska-krav är uppfyllda (vanligen benämnd kvalitetsupphandling). Då kan det också vara ett tillfälle att öka den rörliga komponenten samtidigt som tak och fast ersättning justeras så att totalkostnaden blir lägre än i dagsläget. Detta är ett sätt att säkerställa att den lägre totalkostnaden tas ut genom högre kostnadseffektivitet, och inte genom att invånarna får mindre vård och omsorg.

Exempel:

Kvalitet

Exempel på syften som handlar om förbättrad kvalitet kan vara att

- ▶ minska trycksårsprevalensen på äldreboenden
- ▶ förbättra tillgängligheten per telefon till en läkarmottagning
- ▶ uppmuntra till mindre gruppstorlek i särskilt serviceboende
- ▶ öka överlevnaden efter stroke.

För dessa syften är det fullt möjligt att sätta upp mätbara kvalitetsmål som har goda möjligheter att, enligt tabell 3.2, förbättra kvaliteten för patienter och brukare. En intressant iakttagelse är att behovsbedömningen i kommunerna, i form av biståndsbedömning, sker hos kommunen själv medan den för landstingen görs av enskild läkare som normalt är anställd hos leverantören. Detta ger i grunden kommunerna goda möjligheter att arbeta med kvalitetsmål och målrelaterad ersättning.

Exempel:

Kostnadskontroll hos kommunen/landstinget

Generellt leder fast ersättning till god kostnadskontroll, både via anslag och per registrerad individ. Däremot kräver rörlig ersättning begränsningar i form av till exempel takkonstruktion för att ge en tillfredställande kostnadskontroll. I princip förekommer det i dagsläget inte någon bristande kostnadskontroll på grund av ersättningsmodellernas utformning. Därför tas inte detta upp här. Däremot kan det vara värt att påpeka att det ofta kan finnas ett behov av att acceptera en något sämre kostnadskontroll för att göra det lättare att uppnå de övriga tre övergripande målen.

3.6 STUDERA TJÄNSTENS KOSTNADER

Ersättningen till leverantören ska täcka kostnaderna som är nödvändiga för att utföra tjänsten inklusive en eventuell vinst. Utgångspunkten bör vara de kostnader som ett genomsnittligt välskött företag har för att uthålligt kunna utföra tjänsten. En beräkning av kostnader för tjänsten är nödvändig för att kunna beräkna ersättningsnivåer. Förutom detta ger kostnaderna också information som är av betydelse för att hitta en lämplig avvägning mellan fast, rörlig och målrelaterad ersättning i ersättningsmodellen.

Syftet med upphandlingen innebär ofta att kommunen/landstinget egentligen eftersträvar att utnyttja sina resurser för vården och omsorgen på ett annat sätt än tidigare. Det innebär i sin tur att leverantören som utför tjänsten efter upphandlingen kommer att ha både en annan fördelning av sina kostnader och även en annan totalkostnad för ett utföra tjänsten. Med det följer att den framtida kostnadsbilden är relativt osäker för båda parter. Detta är viktigt eftersom det är de framtida kostnaderna, efter upphandlingen, som ersättningarna ska täcka. Syftet med upphandlingen påverkar kommunen/landstingets kostnader för tjänsterna i nuläget både genom hur ersättningsmodellen (fördelningen mellan fast, rörlig och målrelaterad ersättning) utformas och vilka konkreta ersättningsnivåer som används för de tre ersättningsformerna i modellen. Så hur den framtida kostnadsbilden ser ut avgörs egentligen inte förrän ersättningarna är helt bestämda.

Ett sätt att hantera detta är att först arbeta fram en nulägesbeskrivning av kostnaderna hos en leverantör för de tjänster som ska upphandlas, vilken kommer att vara relativt säker.

Därefter bör man arbeta med upprepade simuleringar av effekterna som uppstår på

kostnadsbilden, beroende på hur ersättningsmodellen och ersättningsnivåerna sätts.

En utgångspunkt för att ta fram kostnaderna i nuläget är tjänster som bedrivs i egen regi. Det har den stora fördelen av att kostnaderna är relativt enkelt tillgängliga. En annan källa är att använda årsredovisningar från befintliga företag inom sektorn. Att ta hjälp av vad andra kommuner/landsting som redan har tagit fram sina kostnader inom området är också att rekommendera. Om det redan finns upphandlad verksamhet så bör information inte enbart hämtas från tjänster i egen regi. Dialog om befintliga kostnader bör tas med alla leverantörer. Det finns kommuner som kan rapportera om goda resultat från sådana dialoger.

De kostnader som behöver identifieras är

- ▶ personalkostnader
- ▶ kostnader för förbrukningsmaterial
- ▶ lokalkostnader
- ▶ kostnader för utrustning
- ▶ administrativa kostnader (inklusive utbildningskostnader)
- ▶ eventuell vinst.

Detta är en standarduppdelning av ett tjänsteföretags kostnader. SKL¹⁴ redovisar en liknande uppdelning i sin rapport om ersättningsmodeller och ersättningsnivåer i hemtjänst och särskilt boende. Det viktiga är att alla relevanta kostnader kommer med i beskrivningen.

¹⁴ "Val av ersättningsmodell och beräkning av ersättningsnivå : hemtjänst och särskilt boende" (2009)

3.7 FASTA KOSTNADER OCH ERSÄTTNINGSFORM

Leverantörens kostnader är direkt avgörande för att ta fram rätt ersättningsnivå. För att hitta en lämplig avvägning mellan fast och rörlig ersättning i en ersättningsmodell, är det främst fördelningen mellan fasta och rörliga kostnader i den upphandlade verksamheten som är av betydelse.

3.7.1 Fasta och rörliga kostnader

Fasta kostnader för leverantören är kostnader som inte minskar när leverantören producerar mindre vård eller omsorg, eller inte ökar när leverantören producerar mer. Det typiska exemplet på fasta kostnader inom vård och omsorg är lokalkostnader. Speciellt märkbara blir dessa om verksamheten är ett boende, exempelvis ett sjukhem, gruppboende inom omsorgen eller slutenvård på sjukhus. Andra exempel på fasta kostnader är utrustning och inventarier som leverantören måste hålla för att bedriva verksamheten. Gemensamt för fasta kostnader är att de förutsätter kapital som ägaren till verksamheten måste gå in med. För att verksamheten uthålligt ska kunna bedrivas behöver ägaren få en avkastning på kapitalet.

Leverantören har ofta även andra fasta kostnader än för lokaler och utrustning. Ett sådant exempel är kraven på uppföljnings- och kvalitetssystem. Sådana krav innebär, att leverantören dels måste investera i systemen, dels måste utbilda personalen i systemen och i hur uppföljningen ska gå till. Kostnaden för eventuella datorsystem är normalt en fast kostnad.

Vidare kan kostnader för ledning och administration till stor del betraktas som fasta kostnader. Utbildning innebär också en fast kostnad, eftersom den betalas innan leverantören får ersättning för personalens arbete.

Krav på kvalitets- och uppföljningssystem innebär således normalt att de fasta kostnaderna ökar och därmed ökar också kapitalet som leverantören

måste gå in med i verksamheten. Rörliga kostnader är alla kostnader som inte är fasta. Personalkostnader är det typiska exemplet på en rörlig kostnad i tjänsteproduktion. Kostnadsuppdelningen kan delas in i fasta och rörliga kostnader.

Rörliga kostnader

- ▶ personalkostnader
- ▶ kostnader för förbrukningsmaterial

Fasta kostnader

- ▶ lokalkostnader
- ▶ kostnader för utrustning
- ▶ administrativa kostnader (inklusive utbildningskostnader)

Leverantörer utan fasta kostnader kan flexibelt anpassa sig till en förändrad efterfrågan. Det finns egentligen ingen anledning för kommunen/landstinget att betala mer för en tjänst än det som faktiskt utförs. Därmed bör den naturliga ersättningsformen vara en helt rörlig ersättning (för att få kostnadskontroll bör den begränsas uppåt med exempelvis takkonstruktion).

Situationen blir annorlunda när fasta kostnader kommer in i bilden. När efterfrågan minskar så är det de rörliga kostnaderna som leverantörerna kan minska på kort sikt, främst genom att dra ner på personal. Att minska de fasta kostnaderna tar längre tid. Om en leverantör med stora fasta kostnader har en helt rörlig ersättning så måste den dra ner extra mycket på de rörliga kostnaderna för att kompensera för att den inte kan minska de fasta kostnaderna tillräckligt snabbt. Inom vård och omsorg är personalkostnad den dominerande rörliga kostnaden, så effekten blir en extra neddragning av personal utöver det som motiverades av minskningen av efterfrågan. Det innebär stor risk för kvalitetsförsämringar av den vård eller omsorg som leverantören har kvar att utföra.

Anta exempelvis att en leverantör har 100 000 kronor i fasta kostnader per månad och 200 000 kronor i rörliga kostnader (vi bortser från vinst). Från kommunen/landstinget får leverantören en rörlig ersättning på 300 000 kronor per månad. Anta att efterfrågan minskar med 20 procent, då minskar ersättningen från 300 000 till 240 000 kronor. Leverantörens rörliga kostnader kan då också minskas med 20 procent, till 160 000 kronor, men de fasta kostnaderna ligger kvar på 100 000 kronor. Leverantören har då kostnader på $100\,000 + 160\,000 = 260\,000$ kronor men en ersättning på enbart 240 000 kronor. För att undvika en förlust på 20 000 kronor per månad, behöver leverantören minska de rörliga kostnaderna ytterligare med detta belopp, 20 000 kronor.

I verksamheter som har betydande fasta kostnader måste kommunen/landstinget och leverantörer samverka i kapacitets- och strukturfrågor, för att ge tillräcklig tid för en anpassning av leverantörens fasta kostnader. Ett mycket vanligt sätt att hantera detta i kommunala entreprenadupphandlingar¹⁵ som genomförs enligt LOU är att viktiga fasta kostnader som lokaler ligger kvar hos kommunen/landstinget. Vid LOV är lokalkostnader dock inte möjligt att hantera på detta sätt eftersom antalet leverantörer kan vara flera än vad som ryms i kommunens lokaler. Den rörliga ersättningen kan då ges betydligt större vikt till en sådan leverantör.

Fördelning mellan fast och rörlig ersättning kan ha stor betydelse för denna problematik. Låt oss anta att leverantören i exemplet ovan i stället fick en fast ersättning på 100 000 kronor per månad och en rörlig ersättning på 200 000 kronor.

Fördelningen mellan fast och rörlig ersättning avspeglar då leverantörens fördelning av de fasta och rörliga kostnaderna. Vid efterfrågeminskningen på 20 procent skulle ersättningen från kommunen/landstinget i detta fall minska till

260 000 kronor vilket motsvarar leverantörens kostnader efter det att den rörliga kostnaden har minskats med 20 procent.

Om ersättningsmodellen avspeglar fördelningen av verksamhetens fasta och rörliga kostnader så minskas således risken för kvalitetsförsämringar när efterfrågan minskar.

Dock är det så att leverantören inte får något incitament att minska sina fasta kostnader om leverantören får täckning för dem. I det fortsatta exemplet innebär det att verksamheten är ineffektiv och kommunen/landstinget kunde få mer vård eller omsorg för pengarna som betalas ut.

Kommunen/landstinget skulle kunna spara 20 000 kronor i månaden om leverantören kunde minska de fasta kostnaderna i proportion till efterfrågeminskningen på 20 procent.

En ersättningsmodell är alltså naturligt tidsbegränsad. Den kan användas till att uppnå förändringar i verksamheten. Men modellen i sig måste också anpassas till de nya förhållanden som uppstår, efter förändringarna som uppkommer på grund av en ändrad ersättningsmodell. I en upphandling som genomförs enligt LOU är det svårt att förändra ersättningsmodellen under pågående avtalsperiod då inga väsentliga förändringar får göras under kontraktstiden. I så fall måste en ny upphandling göras. Det är alltså en fördel att inte ha allt för långa avtalstider, sett utifrån ett ersättningsperspektiv. I LOV är det enklare att justera ersättningsarna, och den möjligheten bör utnyttjas.

3.7.2 Personalkostnader

Personalkostnader är en typisk rörlig kostnad. Det tar dock tid att dra ner på fast personal, samtidigt som rekrytering av ny personal också tar tid. I praktiken är alltså personalkostnaden inte helt rörlig. Hänsyn till detta tas ej i diskussioner kring fasta och rörliga kostnader.

¹⁵ Kommunallag (1991:900) 3 kap. 19§

4. Exempel

Nedan ges två exempel på hur ersättningsmodeller kan se ut för hemtjänst och förlossningsvård. Exempelen är starkt förenklade och syftar till att illustrera de resonemang som har förts i vägledningen.

HEMTJÄNST

Här ges ett exempel på införande av valfrihets-system i hemtjänst. Alla faktiska uppgifter är enbart exempel. Hemtjänsten antas tidigare ha ersatts i form av biståndsbedömd tid, alltså en fast ersättning (per registrerad individ). Det har framkommit att hemtjänstbrukarna ofta inte får den biståndsbedömda tid de har rätt till. Den politiska ledningen är också beredd att till en viss del öka den totala kostnaden för hemtjänst, för att nå denna målsättning. Det har vidare framkommit via brukarenkäter att nöjdheten med personalens bemötande har minskat.

Syfte

Minska skillnaden mellan utförd och biståndsbedömd tid.

Syftet innebär att stimulera leverantörerna att öka produktionsvolymen av utförda timmar, enligt tabell 3.2 bör då rörlig ersättning (baserad på utförda timmar) vara en del av ersättningsmodellen för tjänsteområdet.

Utformning av ersättningsmodellen

En av utmaningarna i detta fall är att ett tak på antalet utförda timmar i en rörlig ersättning inte kan sättas lägre än antalet timmar i biståndsbeslutet. Anta att de faktiskt utförda timmarna enligt nuvarande ersättningsmodell (biståndsbedömd tid) är 60 procent av de biståndsbedömda timmarna. Anta vidare att det införs ett elektroniskt system för tidsredovisning som medger att 100 procent av den registrerade tiden faktiskt utförs hos brukaren.

Att hitta en lämplig ersättningsmodell som till stor del ersätter utifrån utförd tid innebär till stor del att göra en rimlig bedömning av effektiviseringsmöjligheterna i tjänsteområdet. Om man till en början antar att verksamheten inom det aktuella området i dag redan är effektiv, så blir den framtida kostnaden för utförd timme densamma som dagens kostnad per biståndsbedömd timme uppräknad i proportion till ökningen i andelen utförda timmar (från 60 till 100 procent).

Det innebär att den totala kostnaden för hemtjänst skulle öka i samma proportion, det vill säga 70 procent ($60 * 170 \% \approx 100$).

Det är en hög kostnad för att nå syftet och en fast ersättning uppmuntrar inte leverantörerna till en kostnadseffektiv produktion. Det är alltså troligt att det finns effektiviseringspotential i dagens produktion. Att ersätta på detta sätt skulle innebära en överföring av medel från kommunen till leverantören.

Tabell 4.1 visar hur en kostnadsuppskattning ser ut beräknad per biståndsbedömd timme. Den visar också vad en uppräknad till utförd timme, efter antagandet om att dagens produktion inte går att effektivisera, det vill säga alla poster är multiplicerade med $100/60$. Kostnaderna undersöks genom att uppgifter begärs in från den egna verksamheten i kommunens regi. Utöver detta förankras uppgifterna med de privata leverantörerna och efter justeringar innebär det följande:

Efter studier av den egna verksamhetens tidsåtgång finns möjligheter att minska den så kallade kringtiden. Kringtiden är den tid som personal inte tillbringar hos brukaren, till exempel restid och personalmöten. Uppräknningen till

utförd timma i tabell 4.1 kan ses som att den medger $100 - 60 = 40$ procents kringtid. Efter diskussioner med alla leverantörer beräknas kringtiden utgöra 20 procent av den totala arbetstiden. Det innebär att kostnadstäckning ska nås med en ersättning som motsvarar en uppräkningsfaktor av ersättningen per biståndsbedömd timme med faktorn $100/80$ istället för $100/60$ (som användes i tabell 4.1). Det innebär att de beräknade kostnaderna per utförd timme uppgår till 350 kronor. En fördelning av den kostnaden visas i tabell 4.2 nedan.

Totalpriset i förslaget justeras upp till 364 kronor för att medge en vinstmarginal på 4 procent.

De fasta kostnaderna uppgår till $31/350 = 9$ procent av de totala kostnaderna. De är alltså låga för

denna verksamhet. I princip skulle ersättningen kunna vara helt rörlig. Jämförbart med diskussionen i avsnitt 3.7 skulle en fast ersättning som motsvarade 9 procent av den totala ersättningen kunna antas vara neutralt, i den meningen att ingen extra neddragning av personal behövs om efterfrågan minskar. Därför beslutas att ta med en fast komponent i ersättningen och att hålla den betydligt högre än 9 procent, nämligen 20 procent av totalkostnaden i det senaste förslaget. Alltså $20 \text{ procent} * 350 = 70$ kronor. För att den ska kunna betraktas som fast så måste den relateras till den biståndsbedömda tiden.

Den rörliga ersättningen minskades i motsvarande grad, till 80 procent av 350 kronor, det vill säga 280 kronor per utförd timme.

Tabell 4.1: **Kostnadsuppskattning**

per biståndsbedömd timme, och utförd timme under antagande om att dagens produktion är effektiv

| Kostnadspost | Kostnad (kr) per biståndsbedömd timme | Kostnad (kr) per utförd timme |
|---------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| Rörliga kostnader totalt | 255 | 425 |
| Personalkostnad | 240 | 400 |
| Förbrukningsmaterial | 15 | 25 |
| Fasta kostnader totalt | 25 | 42 |
| Lokalkostnad | 4 | 7 |
| Administrativa kostnader | 21 | 35 |
| Totalt | 280 | 467 |

Tabell 4.2: **Kostnadsuppskattning**

per utförd timme under antagande om att kringtiden utgör 20 procent av den totala arbetstiden

| Kostnadspost | Kostnad (kr) per utförd timme |
|---------------------------------|-------------------------------|
| Rörliga kostnader totalt | 319 |
| Personalkostnad | 300 |
| Förbrukningsmaterial | 19 |
| Fasta kostnader totalt | 31 |
| Lokalkostnad | 5 |
| Administrativa kostnader | 26 |
| Totalt | 350 |

Missnöjet med bemötandet av brukarna är ofta en lättfångad kvalitetsaspekt att ta med i en målrelaterad ersättning om det redan genomförs brukarenkäter. Om man exempelvis i en brukarundersökning i en kommun fick resultatet att 67 procent av brukarna var nöjda med bemötandet hos en leverantör. I den kommunen utbetalades en ersättning på 1 procent av den totala ersättningen till de leverantörer som fick ett resultat där minst 80 procent av brukarna var nöjda med bemötandet. Leverantören i detta exempel fick således inte denna del av ersättningen.

Ett problem som kan uppkomma för målrelaterad ersättning som baseras på brukarenkäter är att små leverantörer, på grund av anonymitets-skäl för brukarna, inte är med i undersökningen. Ett sätt att hantera detta kan vara att låta de leverantörerna få en automatisk ersättning som motsvarar de övrigas genomsnittliga procentuella ersättning. På detta sätt så varken gynnas eller missgynnas små leverantörer jämfört med stora leverantörer.

Ersättningsmodell

Diskussionen ovan kan sammanfattas i följande ersättningsmodell.

Fast ersättning:
70 kronor/biståndsbedömd timme.

Rörlig ersättning:
280 kronor/utförd timme.

Målrelaterad ersättning:
Mål: 80 procent av leverantörens brukare är nöjda med bemötandet.
Ersättning: 1 procent av den totala ersättningen.

Det blir viktigt att följa upp om antagandena om effektiviseringsmöjligheterna var rimliga, samt om den fasta ersättningen är nödvändig. Även kriterienivå och ersättningsnivå för den målrelaterade ersättningen blir viktigt att följa upp.

Viktiga förhållanden som saknas i detta exempel är differentiering av ersättningen efter den tid på dygnet då insatsen utförs (högre lönekostnader) och insatser som kräver att två eller fler personer i personalen deltar.

Upphandling enligt LOU

Att ta steget från att ersätta efter utförd tid i stället för biståndsbedömd tid är enklare i en LOU-upphandling, eftersom ersättningsnivåerna inte måste bestämmas i förväg då konkurrensen avgör priset. Därmed slipper kommunen risken att helt enkelt ha felbedömt effektiviseringsmöjligheterna. Det som återstår att avgöra är om det kan vara bra att behålla en viss del av ersättningen i fast form. Om kommunen gör samma bedömning som i detta exempel så kan det exempelvis beskrivas som:

Anbud lämnas per utförd timme:
X kronor per utförd timme.

Fast ersättning:
20 procent * X kronor per biståndsbedömd timme.

Rörlig ersättning:
80 procent * X kronor per utförd timme.

FÖRLOSSNINGSVÅRD

Förlossningsvård ställer höga krav på lokaler, utrustning och i princip omedelbar tillgång till vård utförd av ett antal andra specialiteter. Som exempel ställer Stockholms läns landstings följande krav på den upphandlade förlossningsvården.

Vårdgivaren ska ha:

- ▶ Öppenvårdsmottagning med jourverksamhet dygnet runt och slutenvårdsplatser för kvinnor med graviditetskomplikationer.
- ▶ Verksamhet dygnet runt årets alla dagar med möjlighet att handlägga samtliga typer av förlossningar. Öppen och sluten eftervård årets alla dagar av kvinna och barn.
- ▶ Verksamheten lokaliserad till lokaler där det i direkt anslutning finns sluten neonatalvård, anestesi och operationsresurser dygnet runt årets alla dagar.

Med direkt anslutning menas att det kan vara i samma byggnad eller samma byggnadskomplex. Inom ett sådant byggnadskomplex kan flera förlossningsenheter finnas. Resurser kan i sådana fall samutnyttjas.

Utöver detta ska vårdgivaren, dygnet runt årets alla dagar, ha omedelbar tillgång till (kan även innefatta avtal med närbelägen annan vårdgivare i Stockholms län)

- ▶ intensivvård
- ▶ vårdplatser för postoperativ vård gemensamt för kvinna och barn
- ▶ blodverksamhet
- ▶ medicinsk service
 - kem lab för basala analyser, med möjlighet till utvidgade analyser dagtid alla dagar
 - mikrobiologiskt laboratorium för basala analyser, med möjlighet till utvidgade analyser dagtid alla dagar
 - medicinsk radiologi och bilddiagnostik
 - fysiologiskt laboratorium

- ▶ specialistläkare i urologi/kirurgi för assistans vid operativa komplikationer samt möjlighet till konsultation vid akuta buksymptom hos gravid
- ▶ neonatalläkare, obstetrisk bakjour med inställelsetid om högst 30 minuter.

Möjlighet dygnet runt årets alla dagar till konsultation med

- ▶ specialistläkare i annan specialitet som kan komma att behövas för uppdragets utförande, såsom infektionssjukdomar, invärtesmedicin, koagulationssjukdomar och psykiatri
- ▶ jourhavande själavårdare.

Tillgång under dagtid vardagar till

- ▶ kurator.

Behovet av lokaler och utrustning innebär med automatik betydande fasta kostnader, vilket kan tas som motiv till att det är lämpligt med en fast komponent i ersättningen. Kravet på nära samverkan med andra vårdspecialiteter motiverar också ett fast inslag i ersättning. Vid LOU-upphandling går det att beräkna en fast ersättning som är kopplad till en målvolym. Vid LOV är det svårt att hitta en motsvarande förankring för den fasta komponenten i ersättningen. Vid LOV blir därmed ersättningsmodellen i princip rörlig tillsammans med målrelaterad ersättning.

I detta exempel baseras ersättningen på DRG. Det innebär att ersättningen baseras på grupper av åtgärder (produktgrupper). Till DRG-grupperna sätts relativa vikter som kallas för poäng. Vikterna beräknas utifrån uppgifter från KPP, kostnad per patient. En DRG-grupps poäng motsvarar därmed den förväntade kostnaden i gruppen relativt de andra grupperna. För att beräkna ersättningen i DRG-systemet multipliceras den totala poängen för leverantören med ett så kallat poängpris, det vill säga: **Ersättning = DRG-poäng * poängpris**

Ofta kombineras DRG-ersättningen med en särskild ersättning för extra resurskrävande vårdtillfällen, så kallade kostnadsytterfall. Detta tas inte upp i den kommande sammanställningen.

En rörlig DRG-ersättning grundas på de DRG-poäng som en leverantör har utfört. Fast ersättning utgår ifrån en målvolymer där målvolymer omräknas till DRG-poäng, till exempel genom att använda en genomsnittlig DRG-poäng för tidigare utförd vård. Fast eller rörlig DRG-ersättning är därmed mycket lik fast eller rörlig ersättning till hemtjänst baserad på biståndsbedömda timmar respektive utförda timmar.

Den målrelaterade ersättningen i exemplet från Stockholm består av två kriterier som ger viten. Det första viteskriteriet gäller enbart leverantörer som får en årlig ersättning på mer än 15 miljoner kronor. Vitet består av en avräkning på 0,5 procent av årsersättningen om leverantören inte är miljöcertifierad. Det andra är ett vite på 5 procent varje månad som leverantören inte rapporterar in fullständiga uppgifter till informationsförsörjningssystemet (80 procent av vitet återbetalas då inrapportering kompletteras).

Det finns goda möjligheter att hitta utfallsmått som kan vara lämpliga i en målrelaterad ersättning för förlossningsvård. Tre sådana mått från uppföljningsplanen i Stockholms läns landsting är:

- ▶ andelen bristningar gr III och IV av totala antalet vaginala förlossningar
- ▶ perinatal mortalitet
- ▶ andelen Apgar score < 7 poäng efter 5 min av levande födda.

Från patientenkäter kan mål hämtas för till exempel bemötande, delaktighet, information och kommunikation. Vidare är också ett antal processmått möjliga. Formen för hur den målrelaterade ersättningen hanteras kan variera, se vidare under kapitel 5. Den form som är tänkt för exemplen nedan är att den totala procentandelen

(2 procent) fördelas över de ingående målen. Sedan sätts en målnivå som är rimlig för området, och som normalt en leverantör ska uppfylla. Om leverantören inte uppfyller det målet utgår ett vite och leverantören förlorar därmed den målrelaterade ersättningen. Utöver detta finns också till varje mål en bonusgräns som är satt för att stimulera till kvalitetsarbete. De leverantörer som kommer över bonusgränsen får en extra ersättning som är 3 procent av den totala ersättningen * målets andel av den målrelaterade ersättningen.



ERSÄTTNINGSMODELL FÖRLOSSNINGSVÅRD LOV

Poängpris: 40 000 kr

Rörlig ersättning: Ersättning per poäng enligt viktlista

Målrelaterad ersättning: 2 procent av ersättningen

Nedan ges ett exempel på viktlista.

ERSÄTTNINGSMODELL FÖRLOSSNINGSVÅRD LOU

Förlossningar ger inte möjlighet till indikationsglidningar, alltså små möjligheter för leverantören att utföra och få betalt för vård som ligger utanför vårdområdet. Det ger möjlighet att använda rörlig ersättning utan tak eller andra former av begränsningar. Eftersom förlossningar är akut vård så är det inte möjligt att lösa en efterfrågan som uppkommer utöver den kapacitet som är upphandlad med hjälp av köer. Det är ett argument som talar för att välja en ersättningsmodell som upprätthåller höga produktionsvolym. Det är också ett argument för en ersättningsmodell som inte har någon fast komponent, som i fallet med

LOV ovan. De höga fasta kostnaderna tillsammans med kravet på tillgång till andra specialiteter, är samtidigt ett argument för en betydande fast komponent i ersättningen till förlossningsvård. Speciellt kan det uppstå problem i perioder med fallande födelsetal.

Ett sätt att komma runt dilemmat är att basera den fasta ersättningen på föregående års produktion. Jämfört med ett rent fast anslag så stimulerar det till att upprätthålla en hög produktionsvolym under innevarande år, eftersom det innebär en hög ersättning nästa år. Målvolymer som den fasta ersättningen baseras på blir alltså föregående års produktionsvolym.

Den fasta ersättningen har i exemplet nedan satts till 50 procent av föregående års volym. Detta ger följande ersättningsmodell:

Målvolymer: föregående års DRG-poäng (fastställd volym första året)

Poängpris: XXX kr (bestäms i upphandling)

Fast ersättning: $0,5 * \text{målvolymer} * \text{poängpris}$

Rörlig ersättning: $0,5 * \text{poäng} * \text{poängpris}$

Målrelaterad ersättning: 2 procent av ersättningen (enligt diskussionen ovan)

Tabell 4.3: DRG-viktlista för förlossningsvård

| DGR | | Poäng |
|-------|---|--------|
| 370 | Kejsarsnitt komplikation | 1,3455 |
| 371 | Kejsarsnitt utan komplikation | 1,0714 |
| 371 0 | Kejsarsnitt 0 | 0,5280 |
| 372 | Vaginal förlossning komplikation | 0,8420 |
| 373 | Vaginal förlossning Utan komplikation | 0,5588 |
| 373 0 | Vaginal förlossning 0 | 0,0357 |
| 374 | Vaginal förlossning m sterilisering | 1,3663 |
| 375 | Vaginal förlossning m op ej sterilisering | 1,6158 |
| 375 0 | Vaginal förlossning m op 0 | 0,4050 |

5. Ersättningsens effekter – fördjupning

FAST ERSÄTTNING ELLER RÖRLIG

Valet mellan fast och rörlig ersättning har stor betydelse för i vilken utsträckning det skapas drivkrafter för att öka produktionen i en tjänst. Den fasta ersättningen ger utföraren samma ersättning oavsett hur mycket som produceras medan rörlig ersättning ökar i relation till hur mycket som produceras. Från strikt ekonomisk utgångspunkt har en producent alltid anledning att fråga sig om det lönar sig att producera mer och svaret beror i hög grad på om ersättningen är fast eller rörlig.

Rörlig ersättning benämns ofta prestationsersättning medan fast ersättning ofta förknippas med ersättning enligt budget.

ERSÄTTNING I FÖR- ELLER EFTERSKOTT

Ersättningar vid konkurrensutsättning kan också delas in med hänsyn till om de utgår i förskott eller i efterskott. När ersättningen betalas i efterskott är det bara eventuell konkurrens från andra utförare som kan motivera leverantören att hålla igen på kostnaderna. Om ersättningen till utförare utgår i förskott har de faktiska kostnader som uppkommer vid produktionen ingen inverkan på ersättningen storlek. Här finns alltså ingen direkt koppling till utförarens faktiska kostnader för att leverera tjänsten. Eftersom den eventuella vinsten består av det som blir över av ersättningen när tjänsten är utförd finns starka ekonomiska incitament att sänka

produktionskostnaderna så mycket som möjligt. Om ersättningen utgår i förskott eller i efterskott kommer således att påverka om det lönar sig för leverantören att minska sina kostnader eller inte.

OLIKA KOMBINATIONER GER OLIKA DRIVKRAFTER

Fast och rörlig ersättning ger olika drivkrafter för en leverantör beroende på om ersättningen bestäms på för- eller efterhand. Hur dessa drivkrafter kan förväntas påverka produktionstakten och kostnaderna beskrivs i tabell 5.1 på nästa sida.

Det bör sägas att alternativet fast ersättning som bestäms i efterhand knappast förekommer i renodlad form. Jacobsson anser dock att årliga anslag som bestäms på grundval av resursförbrukningen föregående år ligger nära detta alternativ.¹⁶

Den rörliga ersättningen som bestäms i efterhand (utifrån faktiska kostnader) är ovanlig när man upphandlar privata leverantörer. Däremot kan man se det som att offentliga leverantörer (verksamhet i egen regi), vars underskott täcks i efterhand av huvudmannen, i praktiken har drivits med rörlig ersättning i efterhand. De problem som finns med den ersättningsformen blir därmed också ett problem för denna typ av produktion. Därför är det av värde att föra fram diskussionen om ersättningsnivån ska bestämmas i för- eller efterhand.

¹⁶ Jacobsson F (2007): Monetära ersättnings- principer i hälso- och sjukvården. CMT: Linköpings universitet.

ERSÄTTNINGSGRUND

Ersättningsformen kan också beskrivas med utgångspunkt från vad som ersätts. Vad som läggs till grund för ersättningen bestäms ofta av vilka faktorer som är starkast kopplade till producentens produktionskostnader och intäkter. Exempel på ersättningsgrunder inom vård och omsorg kan vara:

- ▶ de åtgärder som utförs i verksamheten
- ▶ det resultat som verksamheten ger upphov till
- ▶ de individer som berörs av verksamheten
- ▶ och den period som den ersatta verksamheten omfattar.

Ersättning per utförd åtgärd är direkt kopplad till utfört arbete. Ersättningen kan antingen motsvara de faktiska kostnaderna för det utförda arbetet (ersättning i efterhand) eller vara fastställt

i förväg. Leverantören ökar sin ersättning genom att utföra fler ersättningsberättigade åtgärder. Metoden att ersätta åtgärder på så kallad löpande räkning, d.v.s. successivt utifrån de kostnader som konstaterats i efterhand, är en metod som inte är så vanlig numera. De uppenbara problemen att man riskerar att råka ut för skenande kostnader har medfört att valet istället blir att ersätta åtgärder med ett belopp som är fastställt i förväg.

De nackdelar som finns med ersättning per åtgärd vid mer komplicerade uppdrag, har medfört att man i ökad omfattning har sökt efter resultatbaserade ersättningar, där den ersatta prestationen mer överensstämmer med målen. Ersättning kan då exempelvis ske i form av en bonus. ”Resultatet” kan vara objektivt och mätbart, men ofta används också resultatbaserad ersättning byggd på subjektiva bedömningar.

Tabell 5.1: **Ekonomiska incitament vid olika kombinationer av ersättningsform och tidsperspektiv**

| | Ersättningsnivå bestämd på förhand | Ersättningsnivå bestämd i efterhand |
|--------------------------|--|--|
| Fast ersättning | Ger drivkrafter att begränsa produktionen eftersom den ger kostnader som måste täckas av leverantören. Ger samtidigt drivkrafter att hålla nere kostnaderna eftersom det förbättrar leverantörens resultat. | Ger drivkrafter att minska produktionen eftersom det inte påverkar kostnadernas storlek. Ger samtidigt drivkrafter att öka kostnaderna eftersom dessa ersätts av kommunen/landstinget i efterhand och ger underlag för en ökad budget som medför större ekonomisk handlingsfrihet. |
| Rörlig ersättning | Ger leverantören drivkrafter att öka produktionen eftersom resultatet förbättras med ökad produktion. Ger också leverantören drivkrafter att hålla nere kostnaderna eftersom resultatet förbättras med minskade kostnader. | Ger leverantören drivkrafter att öka produktionen eftersom resultatet förbättras med ökad produktion. Ger emellertid inte leverantören några drivkrafter att hålla nere kostnaderna eftersom de betalas av kommunen/landstinget. |

Källa: Jegers m.fl. (2002) samt Jacobsson (2007)

Sådana subjektiva bedömningar, vars resultat exempelvis beror på slumpen eller på den speciella mix av patienter som den enskilde leverantören har ansvar för, sätter kraven om öppenhets- och likabehandling ur spel. Farhågan för att detta ska ske har hittills begränsat användningen av resultatbaserade ersättningar inom hälso- och sjukvården.

Ersättningssystem baserade på **individer** (invånare eller kunder) innebär att leverantören erhåller en ersättning per kund (vårdtagare) som denne har ansvar för, antingen genom att kunderna gör aktiva val eller genom att invånarna i ett visst område hänförs till leverantören. Denna ersättnings-princip kallas ofta kapitation (efter latinets *capitatio*; skatt som utgår per huvud). Vilka eller hur många åtgärder som producenten utför påverkar inte ersättningen i detta fall. Ersättning per potentiell kund är ett sätt för beställaren att flytta över ekonomisk risk (efterfrågerisken) på leverantören. Om detta ska fungera är det viktigt att risken som överförs på leverantören består av sådant som denne kan påverka. Eftersom leverantören vill undvika risker kommer denne att kräva ersättning i förhållande till den upplevda risken. Även om risken att vinna är lika stor som att förlora kan den kompensering för risktagande som leverantören kräver bli kostsam för beställaren. Detta gäller i särskilt hög grad om leverantören måste stå för risker som denne inte kan påverka själv.

Ersättning per period utgår ofta per år och kan t.ex. ha formen av vanlig anslagstilldelning. Eftersom dessa ersättningar utgår med samma summa oberoende av hur mycket som produceras, finns det inga ekonomiska prestationsincitament vid denna ersättningsform. En leverantör som ersätts i förskott och för en viss period både för sin egen arbetsinsats och för övriga produktionskostnader får starka incitament att försöka minska sina kostnader, vilket kan gå ut över kvaliteten i tjänsterna. Vid komplicerade arbetsuppgifter,

där det är svårt att mäta resultat eller åtgärder på ett bra sätt, kan ersättning per period ändå fungera bättre än en mer prestationsbaserad ersättning. Detta eftersom det kan vara bättre att offra ett visst mått av kvalitet än att styra in produktionen på helt fel banor. En annan viktig fördel med ersättning per period är att den ger förutsättningar för en bra budgetkontroll ur både ett kommun-/landstings- och leverantörsperspektiv.



EFFEKTER AV OLIKA FORMER AV FAST OCH RÖRLIG ERSÄTTNING

Tabell 5.2 ger en bild av de drivkrafter som olika ersättningsprinciper ger upphov till. Den visar dessutom tydligt att samtliga ersättningsformer har både positiva och negativa egenskaper. Genom att modifiera och blanda olika ersättningsformer kan kommunen/landstinget förbättra och anpassa ersättningsystemen för att optimera drivkrafterna i förhållande till de mål som finns. Även i dessa fall kommer det i praktiken dock bli nödvändigt att kompromissa mellan olika mål eftersom det sannolikt inte finns något ersättningsystem som är optimalt i alla avseenden.

SAMBAND MELLAN TYP AV TJÄNST OCH ERSÄTTNINGSFORM

Hur bra en viss form av ersättning fungerar för att uppnå kommunen/landstingets mål beror till stor del på vilken typ av tjänst det gäller. Det hänger i sin tur i hög grad samman med vilka effekter olika typer av ersättningar ger på verksamheten så som illustreras i tabell 5.2.

Tabell 5.3, som är hämtad från Jacobsson¹⁸ och bygger på en genomgång av svensk och utländsk forskningslitteratur, anger vilka allmänna egenskaper hos en tjänst som gör den lämpad för en viss ersättningsform. Tabellen bygger på att varje ersättningsform används för sig. Om olika ersättningsprinciper blandas med varandra minskar motiven för att välja en viss ersättningsform för en viss tjänst. Markeringarna i tabellen bör därför ses som vilken ersättningsform som huvudsakligen bör användas. Resultatbaserad ersättning ingår inte i sammanställningen då dess utformning kan variera mycket och är anpassningsbar efter verksamhetens art.

Dessutom används den i praktiken oftast som bonus på toppen av övriga ersättningar inom

hälso- och sjukvården.

Ersättning per åtgärd ställer stora krav på att de åtgärder som ska ersättas är väl definierade. Arbetsuppgiften får således inte vara för komplex och den måste gå att mäta och kontrollera på ett objektivet sätt. Detta är viktigt både för att kunna fastställa ersättningens storlek och för att leverantören inte ska lockas till ett från kommun/landstingssynpunkt oönskat beteende.

Variationen i kostnad mellan åtgärder av samma slag bör inte vara för stor eftersom det kan betyda att leverantören har möjlighet att förbättra sin vinst genom att välja bort de åtgärder som bedöms som mest kostsamma inom ett visst åtgärdsslag. Låg variation gör det också lättare att fastställa lämplig ersättningsnivå och medför att leverantören lättare kan bedöma de framtida kostnaderna och intäkterna.

Eftersom hög utvecklingstakt kan kräva upprepade revideringar i ersättningen per åtgärd passar denna ersättningsgrund bäst där förutsättningarna är relativt stabila över tiden. Detta är speciellt påtagligt om ersättningen per åtgärd utgår i förskott, eftersom förändringar kan ge upphov till stora skillnader i lönsamhet mellan olika åtgärder och tidpunkter.

Eftersom den verksamhet som beskrivits ovan mer eller mindre bygger på löpandebandprincipen kan det vara svårt att motivera de leverantörer som verkar i denna miljö med annat än monetär ersättning. Ersättning per åtgärd är väl lämpad i detta avseende eftersom denna ersättningsform kopplar ihop prestation med motivet att tjäna pengar. Tilläggas kan också att det är en fördel om efterfrågan är begränsad så att inte antalet utförda åtgärder blir så många att de spräcker de totala kostnadsramarna. Inom vård och omsorg är sällan efterfrågan begränsad eftersom patient- och brukaravgifter är relativt låga.

¹⁸ Jacobsson F (2007): Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvården. CMT: Linköpings universitet.

Se vidare avsnittet nedan om kombination och tak, för denna problematik.

Ersättning per produktgrupp är i grunden en utvecklad form av ersättning per åtgärd vilket medför att dessa två principer till viss del liknar varandra när det gäller typ av arbetsuppgift. Eftersom valet av åtgärder är hårdare styrt och flera åtgärder bakas ihop till en produktgrupp vid ersättning per produktgrupp, minskar kraven på låg komplexitet, mätbarhet och kontroll jämfört med ersättning per åtgärd. Hög kontroll finns redan inbyggt i systemet eftersom leverantörens valmöjligheter begränsats och behovet av explicit kontroll därför minskar. Enskilda åtgärder behöver inte kunna mätas vilket också minskar det totala behovet av att mäta. Variationen i kostnader mellan olika patienter inom produktgrupperna bör inte vara för stor på grund av risken för russinplockning (cream skimming). Eftersom anpassning till utveckling kräver revidering av produktgrupperna passar inte denna ersättningsprincip i de fall där utvecklingstakten är mycket hög. Om produktgruppen är sparsamt förekommande kan prissättningen, som oftast utgår från medelvärdet av alla utföras kostnader, bli missvisande. Trots att produktgrupper kan användas i mer komplexa omgivningar jämfört med ersättning per åtgärd, medför den styrning och kontroll som finns inbyggd i systemet att de anställdas interna motivation i form av tillfredsställelse med arbetet sannolikt är liten. Detta innebär i förlängningen att ekonomiska incitament är viktiga som motivationskälla.

Kapitation (se kapitel 3.2.1) fungerar bäst när arbetsuppgifterna är komplexa och svåra att mäta och kontrollera. Hög komplexitet i kombination med svårigheter att mäta och kontrollera är i sig inget krav för att kapitation ska fungera, men vid okomplicerade och väl definierade uppgifter lämpar sig principer som ersättning per åtgärd och produktgrupp sannolikt bättre. Kapitation störs i liten grad av en hög utvecklingstakt

eftersom vårdproducenten i förväg känner till intäkten per patient/brukare och i övrigt själv bestämmer över kostnader och metoder. För den enskilde leverantören är det viktigt att ha relativt många patienter/brukare så att riskerna med kostnadskrävande kunder utjämnas. Kapitation lämnar utrymme för intern motivation eftersom arbetsuppgiften ofta är komplex och ersättningsprincipen har låg nivå av styrning och kontroll.

Anslag (traditionellt anslag, baserat på leverantörens behov av resurser) lämpar sig bäst vid komplicerade uppgifter som är svåra att mäta och kontrollera. Vid anslagsfinansiering spelar det dessutom mindre roll om kostnaderna varierar och om arbetsuppgifterna återkommer frekvent, jämfört med övriga ersättningsprinciper. Hög utvecklingstakt är inte heller något som stör. Vid anslagsfinansiering är det extra viktigt att det finns annan motivation (och styrning) än att tjäna pengar.

EFFEKTER AV MÅLRELATERAD ERSÄTTNING

Tabell 5.4 sammanfattar effekterna vid olika utformning av målrelaterade ersättningar.

Tabell 5.2: **Effekter av olika former av fast och rörlig ersättning**

enligt litteraturgenomgång genomförd av Jacobsson (2007)

| Ersättningsgrund | Ersättningsform | Tidpunkt | Produktion | Produktionskostnader | Kvalitet | Service | Hindra "russin plockning" | Kostnads-kontroll |
|---|-----------------|------------|----------------|----------------------|----------------|----------------|---------------------------|-------------------|
| Åtgärdstyp | | | | | | | | |
| Avgift för tjänst "Fee for service" ¹⁷ | Rörlig | Efter | Starkt positiv | Negativ | Neutral | Starkt positiv | Positiv | Starkt negativ |
| Förbestämd ersättning per åtgärd | Rörlig | Före | Starkt positiv | Positiv | Negativ | Positiv | Starkt negativ | Negativ |
| Förbestämd ersättning per åtgärdsgrupp | Rörlig | Före | Positiv | Positiv | Negativ | Positiv | Negativ | Negativ |
| Resultat | | | | | | | | |
| Mårelaterad ersättning | Rörlig | Före | Positiv | Positiv | Starkt positiv | Positiv | Negativ | Positiv |
| Individ | | | | | | | | |
| Kundunderlag (kapitation) | Fast | Före | Starkt negativ | Starkt positiv | Negativ | Starkt negativ | Starkt negativ | Starkt positiv |
| Period | | | | | | | | |
| Anslag | Fast | Före/efter | Negativ | Negativ | Negativ | Negativ | Starkt positiv | Positiv |

¹⁷ Ersättning som ges i efterhand för leverantörernas faktiska kostnader.Tabell 5.3: **Egenskaper som är lämpade för olika ersättningsformer**

| Tjänstens egenskaper | Komplexitet | | | Mätbarhet | | | Motivation | |
|---------------------------------|-------------|---------|-----|-----------|---------|-----|------------|-------|
| | Låg | Måttlig | Hög | Låg | Måttlig | Hög | Pengar | Annan |
| Ersättningsform | | | | | | | | |
| Per åtgärd | X | | | | | X | X | |
| Efter produktgrupp | | X | | | X | | X | |
| Efter kundunderlag (kapitation) | | | X | X | | | | X |
| Anslag | | | X | X | | | | X |

Tabell 5.4: **Betalnings-/belöningsstrategier i målrelaterade ersättningar**

| Typ av mål | Förklaring | Fördelar | Nackdelar |
|---|---|--|---|
| Relativa mål | En förbestämd andel leverantörer får bonus baserad på prestation i förhållande till andra | Incitament till de bästa leverantörerna att behålla kvalitetsnivå. Ger kostnadskontroll. | Begränsat incitament för de som inte klarar bonusnivån (ligger för långt ifrån). Liten effekt för patienterna som helhet. |
| Relativa mål – med straff till de sämsta (och eller extra bonus till de bästa) | Bonus baserad på ranking. De utförare som inte uppnår en viss nivå får straffböter. | Som ovan plus incitament för de sämsta leverantörerna att nå grundmålen. | Som ovan plus att viten riskerar att sänka kvaliteten hos de sämsta leverantörerna. |
| Absoluta mål | Bonus till samtliga utförare som uppnår ett visst uppsatt mål. Målnivån höjs kontinuerligt vilket stimulerar kontinuerlig förbättring. | Jämfört med relativa mål har fler (alla) leverantörer möjlighet att nå målet, ger incitament till alla. | Begränsad kostnadskontroll. Begränsat incitament till leverantörer som ligger långt ifrån målnivån. Inget incitament att öka utöver målet. |
| Absoluta mål med extra incitament till förbättring | Bonus baserat på kombinationen av måluppfyllnad och förbättring sedan föregående mätning. | Som ovan plus incitament till de leverantörer som redan når målen och till leverantörer som har lång väg kvar. | Begränsad kostnadskontroll. |
| Procentuell | Bonus till alla utförare baserat på andel patienter som genomgår rekommenderad vård. Exempelvis sjukhus vars patienter får rekommenderad vård i 87 procent av fallen uppnår 87 procent av den totala bonusen. | Incitament för leverantören att göra det rätta för varje patient. | Om variationen i utförande skiljer sig lite mellan utförarna, blir det endast en liten skillnad i bonusbetalning. Begränsad kostnadskontroll. |
| Riktad ersättning per definierad åtgärd | En förutbestämd summa utbetalas per definierad åtgärd exempelvis läkemedelsgenomgång. | Incitament till alla leverantörer att utföra definierad åtgärd. | Begränsad kostnadskontroll. |

Källa: Werner MR & Dudley RA. Market watch. Making the 'pay' matter in pay-for-performance: Implications for payment strategies. Health Affairs 2009; 28(5):1498-1508

KOMBINATION OCH TAK – TVÅ METODER FÖR ATT MINSKA ERSÄTTNINGSPRINCIPERNAS NEGATIVA EFFEKTER

Som framkommit har de olika ersättningsformerna vid sidan om önskade effekter också oönskade bieffekter. Ofta utgör olika ersättningsprinciper motpoler till varandra. Detta gör att oönskade bieffekter från en princip kan mildras genom att kombinera denna med någon annan princip.

Ett annat problem är att de ersättningsprinciper som ger incitament för ökad produktion ofta medför dålig kostnadskontroll vilket i förlängningen kan leda till okontrollerbara kostnadsökningar. Detta har medfört att rörliga ersättningsprinciper ofta kompletteras med någon form av begränsning av inkomst eller produktion, så kallat tak.

ANDRA MOTIV ÄN EKONOMISK ERSÄTTNING

Alla ersättningssystem kräver insyn och kontroll för att fungera. Finansiären vill kunna kontrollera och följa upp vård- och omsorgsleverantörens beteende¹⁹. Samhället eller dess medborgare vill exempelvis kunna kontrollera beteendet hos leverantörer vars verksamhet bekostas med offentliga medel. Syftet är att få leverantören att producera så mycket bra saker som möjligt med en så liten resursinsats som möjligt, d.v.s. att vara effektiv. Stor insyn och stark kontroll riskerar emellertid att underminera den interna motivationen. Intern motivation utgörs av tillfredsställelse med själva aktiviteten (arbetet) medan extern motivation är en följd av den externa belöning som aktiviteten medför (Frey & Osterloh 2002). Att styra och kontrollera i för stor utsträckning kan genom minskad intern motivation få oväntade effekter och åsamka samhället kostnader i form av både minskad effektivitet och försämrad moral (Deci & Ryan 1985; Le Grand 2003).

¹⁹ Läs vidare i vägledningen "Avtalsuppföljning av vård och omsorg" som finns att beställa eller ladda hem på www.upphandlingsmyndigheten.se



Referenser

Anell, A. & Svarvar, P. (1995) Ekonomiska styrformer i hälso- och sjukvården: utvecklings- linjer och lärdomar för framtiden. I Den planerade marknaden. Om nya styrformer i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:7. Gotab, Stockholm.

Anell, A. (2010) Vården i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. ESO-rapport (2010:7).

Bergman, S.E. & Dahlbäck, Ulla. (2001) Ersättningsmodeller – En kartläggning inom hälso- och sjukvården. CHSA Rapport nr 2, 2001.

Frey, B. (2002b) How does pay influence motivation? I Frey, B. & Osterloh, M. (red). Successful management by motivation – Balancing intrinsic and extrinsic incentives. Berlin. Springer.

Hallin, B. & Siverbo, S. (2002) Jakten på den goda styrningen – En kunskapsöversikt kring styrning och organisation inom hälso- och sjukvården. CHSA Rapport Nr 3.

Jegers, M., Kesteloot, K., De Graeve, D. & Gilles, W. (2002) A typology for provider payment systems in health care. Health Policy, vol. 60: 3, ss. 255-273.

Siverbo, S. & Kastberg, G (2005) Activity based financing of health care. Experiences from Sweden. School of Public Administration's Working Papers. Göteborgs universitet.

