



report

Leading Health Care nr 5 2012

*Internationella
föregångare inom en
sammanhållen vård
och omsorg om äldre*

*En jämförelse av ersättnings-
systemens utformning*





Internationella föregångare inom en sammanhållen vård och omsorg om äldre

En jämförelse av ersättningssystemens utformning

Eva Hagbjer

*Institutionen för redovisning och finansiering
vid Handelshögskolan i Stockholm*

Förord

Stiftelsen Leading Health Care fick i juni 2011 ett regeringsuppdrag inom ramen för den äldresatsning som görs under mandatperioden. Syftet var att påbörja arbetet med att utarbeta ersättningsmodeller för en sammanhållen vård och omsorg om äldre. Resultatet av detta första steg blev antologin På väg mot en värdefull styrning, som utifrån olika infallsvinklar belyste hur dagens styrning påverkar de mest sjuka äldres situation.

2012 fick LHC förnyat uppdrag för att gå vidare med empiriska studier som kan ligga till grund för en utveckling av ersättningssystem. Denna rapport är den första av fem som tillsammans kommer att ge underlag till att utforma nya principer för den ekonomiska styrningen – principer som utgår från brukarnas, snarare än verksamheternas, behov.

I en tredje fas är ambitionen att omforma principerna till mer praktiskt inriktade råd kring utformningen och tillämpningen av ersättningsmodeller och ersättningssystem.

I denna rapport har vi låtit Eva Hagbjer vid Handelshögskolan i Stockholm, Institutionen för redovisning och finansiering, jämföra sex internationella föregångare när det gäller en sammanhållen vård och omsorg om äldre, med ett särskilt fokus på hur ersättningen från beställare till utförare inom respektive system är utformad.

Problemen att hålla samman vården och omsorgen om äldre med komplexa behov, framför allt på ett ekonomiskt hållbart sätt, delas av alla. Liksom i Sverige baseras de flesta system på en mix av olika fasta och rörliga ersättningar. I kombination med detta finner vi olika angreppssätt för att utforma ersättning på ett mer aggregerat sätt, det vill säga betala för mer än ett vårdområde/en typ av behov i taget, något som hittills varit ovanligt i Sverige och därmed kan ge inspiration och idéer för framtida ersättningsmodeller. Som alltid finns anledning att väga fördelarna mot nackdelarna med varje lösning, något som görs förtjänstfullt av Eva Hagbjer i denna rapport. För denna ambitiöst genomförda insats vill vi rikta ett stort tack till Eva.

Tack också till ACCESS Health International som med kort varsel sammanställde information om systemet i Singapore.

Trevlig läsning!

Stockholm i september 2012

Hans Winberg, Ek Lic
Generalsekreterare
Stiftelsen Leading Health Care

Anna Krohwinkel Karlsson, Ek Dr
Forskningsledare
Stiftelsen Leading Health Care





Sammanfattning

Strävan att skapa en mer sammanhållen vård och omsorg om äldre har sysselsatt inte bara svenska politiker utan även myndigheter och organisationer i stora delar av världen. Utformningen av ersättningen till vård- och omsorgsutförarna är en viktig faktor som påverkar förutsättningarna för samverkan mellan olika delar av vården. Huruvida ersättningen är framåtblickande eller bakåtblickande skapar incitament att öka eller minska kostnaderna för vården. Huruvida den är fast eller rörlig ger incitament att öka eller minska produktionen. Slutligen avgör graden av aggregering av objektet för ersättningen incitamentet att minska den sammanlagda kostnaden för flera sinsemellan beroende vårdinsatser, vilket till exempel kan leda till ett större fokus på prevention.

En internationell genomgång av system som beskrivits som framgångsrika när det gäller att öka samordningen av vård och omsorg för äldre personer har resulterat i en översikt av sex fall med olika utformning och karakteristika på ersättningssystemet. Kaiser Permanente i USA skapar regional samordning av sjukvård genom en fast, prospektiv ersättning per registrerad brukare. Pace, också i USA, samordnar sjukvård och social omsorg inom ramen för dagvårdskliniker med hjälp av samma typ av ersättning. Torbay Care Trust i Storbritannien använder en sammanslagen pott av en fast, prospektiv nationell sjukvårdskapitering och en retrospektiv, rörlig kommunal budget för att samordna internt och externt producerad vård och omsorg med hjälp av vårdkoordinatorer. PRISMA i Kanada utnyttjar gemensam diagnostik och vårdkoordinatorer finansierade av en separat fast, prospektiv kapitering för att koordinera flera separata vård- och omsorgsorganisationer. Den personliga vårbudgeten PGB i Nederländerna delegerar samordningen till den enskilde brukaren genom en fast, prospektiv kapitering som används för att ge en retrospektiv, rörlig kostnadsersättning för brukarens inköp av vård och omsorg. Singapore, slutligen, skapar nationell samordning genom ett gemensamt dokumentationssystem och en koordinationsmyndighet för äldreomsorgen, som kombineras med rörliga prospektiva brukaravgifter och en blandning av rörlig, retrospektiv budget och rörlig, prospektiv ersättning per diagnosgrupp till offentliga omsorgsutövare.

Den gemensamma nämnaren är att det finns en hög grad av aggregering i ersättningsobjektet, där en samlad ersättning per brukare bekostar både vård och omsorg. Detta kombineras i flera fall med en integrering av vård- och omsorgsproduktionen inom samma organisation. Inom svensk vård och omsorg används visserligen ofta relativt aggregerade ersättningsobjekt inom vart och ett av områdena: slutenvård, primärvård och vård- och omsorgsboende, men objektet sträcker sig inte över olika vårdformer. Inte heller organisatorisk integrering av olika former av vård och omsorg används i någon större utsträckning.

Detta pekar på en utvecklingspotential som är värd att utforska, antingen genom en utökad möjlighet att överföra ansvaret för vård- och omsorgsorganisationer mellan kommun och landsting eller genom en satsning på organisatorisk integration av olika typer av vård och omsorg. Internationell erfarenhet pekar på att detta är möjligt att kombinera med valfrihet så länge tillräckliga brukarvolymerna uppnås. Ett tredje alternativ är att införa särskilda vårdkoordinatorer med inköpsansvar för både vård och omsorg.



Innehåll

Inledning	11
<i>Litteraturgenomgång och dokumentstudier som forskningsmetod</i>	12
Ersättningssystemets möjliga karakteristika och egenskaper	14
Internationella föregångsfall inom sammanhållen vård och omsorg om äldre	19
<i>Kaiser Permanente, USA</i>	19
<i>PACE (Programme for All-inclusive Care for the Elderly), USA</i>	22
<i>Torbay Care Trust, Storbritannien</i>	25
<i>PRISMA (Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy), Kanada</i>	28
<i>PGB (persoonsgebonden budget), Nederländerna</i>	33
<i>System för sammanhållen vård och omsorg, Singapore</i>	35
Trender inom de internationella fallen	41
<i>Utformningen av ersättningssystemen</i>	44
<i>Ersättning för samverkan?</i>	46
Lärdomar i en svensk kontext	49
<i>Förutsättningar för inspiration</i>	51
Referenser	55
Om Leading Health Care	63
<i>Kvalitetskriterier för en LHC-rapport</i>	63
<i>Vill du veta mer om LHC?</i>	63
LHC:s publikationer	64



Inledning

I takt med att andelen personer över 65 ökar har vården och omsorgen om äldre personer blivit en allt viktigare fråga, inte bara i Sverige utan i hela västvärlden. Det finns ett behov av att hitta långsiktigt hållbara system för att finansiera ett växande behov av vård och omsorg samtidigt som en lägre andel medborgare i arbetsför ålder antas leda till ett vikande skatteunderlag. Olika länder har valt olika metoder för att finansiera vården och omsorgen, från en allmän socialförsäkring som täcker alla medborgare till en blandning av användaravgifter och behovsprövade bidrag för dem med lägst inkomster. En OECD-rapport från 2011 pekar dock på att finansieringen av långsiktig vård och omsorg för äldre allt mer går från att vara en angelägenhet för den enskilde till att finansieras genom nationella system, vare sig dessa är skattebaserade eller bygger på en allmän socialförsäkring¹.

I strävan att hitta ett långsiktigt hållbart system ingår emellertid inte bara utformningen av den övergripande finansieringen av vård och omsorg. Minst lika viktigt är att säkerställa att finansieringen kommer till bästa möjliga användning för den enskilde brukaren. Detta innebär både att producera största möjliga mängd vård och omsorg för en given finansiering och att säkerställa att pengarna används på bästa möjliga sätt. En metod som framhållits för att öka kvaliteten på vård och omsorg är att förbättra samordningen mellan olika typer och utförare av vård². På så sätt kan risken för felaktig eller undvikbar vård minskas samtidigt som vård ges på ”rätt” omhändertagandenivå, till förmån för både den enskilde och för den övergripande samhällsekonomiska nyttan.

Försöken att skapa en sammanhållen vård och omsorg för äldre pågår både inom Sverige och på ett internationellt plan³. Internationellt har det genomförts ett antal samordningsinitiativ med olika fokus. En tidigare rapport från LHC pekade ut ersättningssystemet som en faktor som antingen kan stödja eller hindra skapandet av god samordning mellan olika utförare av vård och omsorg⁴. Samtidigt konstaterades att variationerna och förändringarna inom de svenska ersättningssystemen hittills varit begränsade. Detta gör det intressant med en internationell utblick över initiativ som beskrivits som föregångare inom sammanhållen vård och omsorg för att se hur utformningen av ersättningssystem till vårdgivare har sett ut i dessa fall.

Denna rapport studerar sex sådana föregångsfall som valts ut på basis av att de framgångsrikt och långsiktigt ökat samordningen av vård och omsorg för äldre personer samt för att de visar på den bredd av initiativ som förekommer internationellt. Fallen är Kaiser Permanente och PACE i USA, Torbay Care Trust i Storbritannien, PRISMA i Kanada, den personliga vårbudgeten PGB i Nederländerna och systemet för sammanhållen vård och omsorg i Singapore. Fokus i översikten ligger framför allt på två aspekter: Hur ser vård- och

1 Colombo, Francesca et al. (2011): *Help Wanted? Providing and paying for long-term care*. OECD Publishing.

2 PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute. (2008): *You Get What You Pay For: A Global Look at Balancing Demand, Quality, and Efficiency in Healthcare Payment Reform*. PricewaterhouseCoopers.; Socialstyrelsen. (2011): *Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser*. www.socialstyrelsen.se: Socialstyrelsen.

3 Till exempel Leichsenring, Kai. (2004): *Developing integrated health and social care services for older persons in Europe*. *International Journal of Integrated Care* 3 (September), s. 1-15.

4 Se Krohwinkel Karlsson, Anna och Winberg, Hans. (ed.) (2012): *På väg mot en värdefull styrning: Ersättningssystem för en sammanhållen vård & omsorg om äldre*. Stockholm: LHC.

omsorgssystemen ut med avseende på omfattning och inriktning och hur är ersättningen till vårdgivare inom respektive system utformad? Det är med andra ord ersättningen från beställare till utförare som står i centrum, snarare än de skillnader som existerar med avseende på välfärdens finansiering på en nationell nivå.

Baserat på tidigare forskning om ersättningssystem i vård och omsorg introduceras ett ramverk som beskriver ersättningssystemens karaktär samt vilka incitament de antas innebära för vårdgivarna. Därefter presenteras de sex föregångsfallen med en beskrivning av systemens utformning och omfattning samt utformningen av ersättning till vård- och omsorgsutförarna. Avslutningsvis analyseras de sex fallen utifrån det presenterade ramverket och de slutsatser och lärdomar som kan dras utifrån en svensk kontext diskuteras.

Litteraturgenomgång och dokumentstudier som forskningsmetod

Denna rapport baserar sig på en litteraturgenomgång och ett antal dokumentstudier. Tack vare att sammanhållen vård och omsorg fått allt mer uppmärksamhet under det senaste decenniet finns det en stor mängd forskningsrapporter och utredningar inom ämnet ersättningssystem för sjukvård och omsorg, varav många fokuserar specifikt på målgruppen äldre. Fördelen med en litteraturgenomgång baserad på detta material är att man drar nytta av existerande litteratur inom ämnet och undviker att återupprepa forskning som redan utförts. Detta kräver dock att det görs en aktiv värdering av litteraturen för att säkerställa att den är tillförlitlig och håller en god kvalitet.

Ett sätt att säkerställa litteraturens kvalitet är att endast använda vetenskapliga artiklar som publicerats i internationella tidskrifter och utsatts för ett peer-review-förfarande. Detta är dock svårt att göra inom ämnet sammanhållen vård och omsorg, eftersom forskningsområdet sträcker sig över flera olika specialiteter och forskningstraditioner som delvis har olika sätt att sprida kunskap på⁵. I och med detta har ett bredare tillvägagångssätt tillämpats för denna rapport. Förutom vetenskapliga artiklar i peer-reviewade tidskrifter grundar sig litteraturgenomgången på en rad översikter, fallbeskrivningar och utvärderingar av god kvalitet som producerats av svenska och internationella myndigheter, branschorganisationer och tankesmedjor.

Litteraturgenomgången har i första hand använts för att ta fram det teoretiska ramverket för analysen av ersättningssystemens karaktär samt för att identifiera det urval av sex föregångsfall som rapporten beskriver. Valet av fallen baserades på fyra kriterier: För det första valdes samordningsinitiativ som fokuserar på eller är relevanta för äldre personer. Det andra kriteriet var att välja initiativ som framhållits som framgångsrika – antingen genom att de förändrat arbetssättet inom de medverkande vårdorganisationerna mot en ökad samordning eller genom att de minskat användningen av vård på sjukhus. Däremot har urvalet fokuserat på just samordningsaspekten och inte tagit hänsyn till huruvida systemen varit framgångsrika i andra hänseenden, till exempel när det gäller att minska totalkostnaden eller kostnaden per brukare för vård och omsorg. För det tredje var det ett mål att täcka in en så stor bredd av samordningsmetoder som möjligt. Till exempel valdes den individuella hälsobudgeten i Ne-

⁵ Dessa svårigheter diskuteras bland annat av Reed, Jan et al. (2007): *Integrated Care for Older People: Methodological Issues in Conducting a Systematic Literature Review*. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 4 (2), s. 78-85.

derländerna som exempel på samordning på individnivå medan systemet för sammanhållen vård och omsorg i Singapore är ett exempel på nationell samordning genom teknik. Slutligen fokuserade urvalet på samordningssystem som skapats för att vara permanenta och därmed inte förutsatt en tillförsel av särskilda projektmedel för sitt fortbestånd.

Fallbeskrivningarna har utgått från de källor som togs fram i litteraturgenomgången, men har i samtliga fall kompletterats med en fokuserad dokumentstudie av policy-dokument, årsredovisningar och annan information från de studerade vård- och omsorgsorganisationerna. Användningen av dokument och andra naturligt förekommande data har den metodologiska fördelen att informationen visar vad organisationen gör snarare än vad forskaren frågat om, vilket ofta är fallet med till exempel intervjuer⁶. Detta innebär att informationen har större möjligheter att visa på oväntade aspekter av det studerade fallet. Samtidigt kan man inte per automatik anta att formella dokument utgör en korrekt spegling av de reella rutiner och processer som finns i verksamheterna. Rapporten koncentrerar sig därmed på ersättningsmodellernas formella utformning, men uttalar sig inte om deras faktiska implementering i vårdpraktiken.

All data har samlats in av författaren, med undantag för informationen om systemet för sammanhållen vård och omsorg i Singapore som tagits fram av ACCESS Health International på uppdrag av LHC.

6 Silverman, David. (2007): *A very short, fairly interesting and reasonably cheap book about qualitative research*. London: Sage.

Ersättningssystemets möjliga karakteristika och egenskaper

Organisationer och individer som utför vård och omsorg för äldre influeras av en mängd olika faktorer i sin verksamhet⁷. Det är dock ett vanligt och okontroversiellt antagande att de ekonomiska förutsättningar som ersättningssystemet ställer upp för verksamheten kommer att påverka hur vården och omsorgen utförs. I grunden bygger detta antagande på den så kallade principal-agent- teorin, som stipulerar att en aktör som utför ett uppdrag mot betalning kommer att utföra uppdraget på ett sådant sätt att den får största möjliga ekonomiska ersättning för minsta möjliga egna kostnad och ansträngning⁸. Uppdragsgivaren, eller principalen, kan därmed styra agentens beteende genom att utforma ersättningen för att skapa vissa incitament.

Tidigare forskning om ersättningssystem för vård och omsorg har framför allt betonat tre egenskaper som avgör vilken inverkan ett system kommer att ha på vårdgivarens verksamhet. Beroende på forskningens fokus kan dessa analyseras på en övergripande organisatorisk nivå eller på nivån av den enskilda individens ersättning. Effekterna av de två nivåerna kan även interagera med varandra. De tre egenskaperna är ersättningssystemets tidsperspektiv, dess aktivitetsgrad och vilket objekt som ligger till grund för ersättningen⁹.

Ett ersättningssystemets tidsperspektiv¹⁰ avgör huruvida det finns ett incitament för utföraren att hålla sina kostnader låga¹¹. En framåtblickande, eller prospektiv, ersättning innebär att ersättningsnivån är bestämd på förhand, innan tjänsterna utförs. Detta skapar ett incitament för utföraren att åstadkomma största möjliga vinstmarginal mellan ersättningen som betalas ut och kostnaden för att bedriva verksamheten. För finansiären innebär detta ett skydd mot ökande kostnader, men nackdelen för densamme är att verksamhetens kvalitet kan offras till förmån för kostnadsbesparingar hos utföraren.

En bakåtblickande, eller retrospektiv, ersättning innebär istället att utförarens ersättning baseras på de faktiska kostnader som produktionen inneburit. Med andra ord finns inget incitament att hålla kostnaderna nere, eftersom högre kostnader leder till högre ersättning. Den sammantagna kvaliteten kan bli högre, men till en större kostnad för finansiären. En retrospektiv ersättning är även mer sannolik att uppmuntra till samordning med andra organisationer, eftersom det går att få ersättning för eventuella kostnader som uppstår.

7 För en närmare diskussion, se Krohwinkel Karlsson, Anna. (ed.) (2012): *Styrning mot samverkan: Hur kan ersättningssystemen anpassas?* i Anna Krohwinkel Karlsson and Hans Winberg. (eds) *På väg mot en värdefull styrning: Ersättningssystem för en sammanhållen vård & omsorg om äldre*. Stockholm: LHC. och Thoresson, Karin. (ed.) (2012): *Mångfaldig styrning - en teoriöversikt* i Anna Krohwinkel Karlsson and Hans Winberg. (eds) *På väg mot en värdefull styrning: Ersättningssystem för en sammanhållen vård & omsorg om äldre*. Stockholm: LHC.

8 Jensen, Michael C. och Meckling, William H. (1976): *Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure*. *Journal of Financial Economics* 3 (4), s. 305-360.

9 Begreppen hämtas från Jacobsson, Fredric. (2007): *Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård*. Linköping: Linköpings universitet.

10 En annan typ av tidsperspektiv som kan diskuteras är budgetsperiodens längd, men detta är inte vad som avses här. Jmf Sjögren, Ebba et al. (2010): *Hälsa per krona*. Stockholm: Leading Healthcare.

11 Jegers, Marc et al. (2002): *A typology for provider payment systems in health care*. *Health Policy* 60 (3); Jacobsson, Fredric. (2007): *Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård*. Linköping: Linköpings universitet.; Anell, Anders. (2010): *Vården i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi.

Ersättningssystemets tidsperspektiv kan kombineras med en rörlig eller fast aktivitetsgrad för att reglera incitamentet att öka produktionen av tjänster¹². En fast aktivitetsgrad innebär att ersättningen är opåverkad av hur mycket utföraren producerar. Detta innebär att en ökad produktion endast leder till ökade kostnader, vilket ger ett incitament att hålla aktivitetsnivån nere. Resultatet kan bli att ersättningssystemet främjar en underproduktion av vård och omsorg.

Detta kan kontrasteras mot en rörlig aktivitetsgrad, där vårdgivaren ersätts för varje utförd tjänst eller medicinsk åtgärd. En högre produktion ger därmed högre intäkter, vilket skapar incitament att öka produktionen. En rörlig aktivitetsgrad kan även bidra till ökad samordning, förutsatt att samordningsaktiviteterna ingår bland de tjänster som ersätts.

Ersättningssystemens tredje egenskap diskuteras ofta oberoende av tidsperspektivet och aktivitetsgraden. Den handlar om vilket objekt som ligger till grund för ersättningen, det vill säga om utföraren får ersättning per registrerad brukare, per vårdepisod, per besök eller baserat på något annat objekt¹³. Ersättningsobjektet kan variera från en hög grad av aggregering ("bundling" på engelska), till exempel ett årligt anslag, till en låg grad av aggregering, till exempel per utförd ingrepp.

Ju mer aggregerat objektet för ersättningen är, desto större andel av risken för variationer i kostnad mellan brukare läggs på dem som utför tjänsterna. Fördelen för finansären är att detta ger ett incitament för utföraren eller utförarna (då flera organisatoriskt separata utförare inbegrips i samma ersättningsgrund) att minimera kostnaden per brukare genom exempelvis förebyggande vård eller god samordning mellan olika vård- och omsorgsinstanser. Dock skapas även ett incitament att välja bort brukare som är eller beräknas bli kostsamma, eftersom dessa innebär en lägre vinst eller till och med en förlust för utförarna. En hög grad av aggregering kan också leda till att utföraren använder mindre avancerad vård än vad som egentligen krävs, eftersom denna kostar mindre. I fall där specialistvård ersätts separat skapas istället ett incitament att överutnyttja denna typ av vård, eftersom den faller utanför den vanliga ersättningen.

Ett icke aggregerat ersättningsobjekt innebär istället ett incitament att öka produktionen av specifika tjänster och behandlingar, eftersom detta på ett förutsägbart sätt ökar intäkterna. Förutsatt att varje enskild tjänst är lönsam kan en låg aggregering även ge incitament att producera tjänster av hög kvalitet för att locka nya kunder och därmed öka produktionen ytterligare.

¹² Ibid.

¹³ Ibid.; Lindvall, Staffan. (2006): *Resursfördelning och ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvården ...eller... Pengar, en del av ledning och styrning! Sveriges Kommuner och Landsting & Näverket Uppdrag Hälsa.*; Léger, Pierre T. (2011): *Physician payment mechanisms: An overview of policy options for Canada.* Ottawa: Canadian Health Services Research.; Charlesworth, Anita, Davies, Alisha och Dixon, Jennifer. (2012): *Reforming payment for health care in Europe to achieve better value.* London: Nuffield Trust.

Tabell 1: Effekten av objektet för ersättningen på incitamenten av ersättningsprinciper

Hög aggregering			Låg aggregering		
Utföraren bär risken		Delad risk		Finansiären bär risken	
Incitament för minskade kostnader, ökad samordning och bortval av kostsamma brukare				Incitament för ökad produktion och eventuellt för ökad kvalitet	
Organisationsnivå					
Anslag	Kapitering	Ersättning per vårdepisod	Ersättning per diagnos eller medicinsk åtgärd	Ersättning per dag eller dygn	Ersättning per utförd åtgärd
Individnivå					
Lön	Kapitering	-	Ersättning per diagnos eller medicinsk åtgärd	-	Ersättning per utförd åtgärd
Definition					
Fast ersättning per period	Fast ersättning per brukare (eventuellt anpassad efter vårdtyngd och/eller socioekonomiska och variabler)	Fast ersättning för alla tjänster som ingår i en vårdepisod ("care pathway" på engelska)	Ersättning per brukare med samma procedur eller per medicinsk åtgärd med kringkostnader	Ersättning per dag på sjukhus eller vårdhem	Ersättning för varje tjänst eller brukarkontakt

Vid sidan av basersättningen för vård och omsorg kan finansiären ge en extra ersättning för måluppfyllelse ("pay-for-performance" eller P4P på engelska)¹⁴. Denna ersättning kan utformas antingen som en andel av grundfinansieringen – och fungerar därmed som bestraffning om målet inte nås – eller som en bonus utöver denna. Målet kan relateras till verksamhetens struktur, processer eller resultat. Strukturmått kan till exempel mäta öppettider eller kompetensnivån på personalen. Processmått mäter aktiviteter, till exempel hälsokontroller, vaccinationer eller samverkansaktiviteter av ett visst slag. Resultatmått, slutligen, kan mäta direkta eller mer övergripande effektivitets- eller kvalitetsfaktorer, till exempel hälsoeffekter för brukarna eller kundnöjdhet. Alla tre typer kan användas för att mäta samordning i form av samverkansstrukturer, samverkansaktiviteter eller mål som endast kan uppnås genom samarbete mellan två eller flera parter.

Struktur- och processmått har fördelen att de är konkreta och relativt enkla att påverka och mäta. Dock kräver de ett antagande från finansiären om att åtgärderna i längden även kommer att innebära resultatförbättringar. Visar det sig att sambandet mellan åtgärder och resultat saknas, riskerar de långsiktiga fördelarna av åtgärderna att utebli.

Detta kan kontrasteras mot användningen av resultatmått, där utföraren själv ges incitament att ta fram åtgärder som förväntas förbättra resultatet av vården. Dock så kan resultatmått

¹⁴ Christianson, Jon B., Leatherman, Sheila och Sutherland, Kim. (2007): *Paying for quality: Understanding and assessing physician pay-for-performance initiatives*. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation.; Anell, Anders. (2010): *Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi.; Léger, Pierre T. (2011): *Physician payment mechanisms: An overview of policy options for Canada*. Ottawa: Canadian Health Services Research.; Charlesworth, Anita, Davies, Alisha och Dixon, Jennifer. (2012): *Reforming payment for health care in Europe to achieve better value*. London: Nuffield Trust.

även skapa ett incitament att prioritera billiga, kortsiktiga åtgärder över långsiktiga investeringar, särskilt om det finns osäkerhet kring stabiliteten i ersättningsmodellen över tid. Det finns även incitament att prioritera brukare som är lätta att behandla framför brukare med komplicerad sjukdomsbild eller omsorgsbehov.

Oavsett typen av mått har ersättning för måluppfyllelse nackdelen att finansiärens kostnader för att administrera ersättningssystemet ökar. Dessutom motiveras utföraren att minska resurserna till de delar av vården som inte inbegrips i målen – på gott och ont.

Tabell 2: Effekten av tidsperspektiv och aktivitetsgrad på incitamenten av ersättningsprinciper

Aktivitetsgrad/ Tidsram	Fast		Rörlig	
Retrospektiv	Incitament för ökade kostnader		Incitament för ökad produktion och ökade kostnader	
	Förekommer sällan		Generellt låg aggregering av kostnadsobjektet	
			Exempel på individnivå	Exempel på organisationsnivå
			Ersättning efter resursinsatser (kostnadsersättning)	Ersättning efter resursinsatser (budget)
Prospektiv	Incitament för minskad produktion och minskade kostnader		Incitament för ökad produktion men minskade kostnader	
	Generellt hög aggregering av kostnadsobjektet		Generellt medelhög aggregering av kostnadsobjektet	
	Exempel på individnivå	Exempel på organisationsnivå	Exempel på individnivå	Exempel på organisationsnivå
	Ersättning för måluppfyllelse (baserat på resultatmått)	Ersättning för måluppfyllelse (baserat på resultatmått)	Ersättning för måluppfyllelse (baserat på antalet aktiviteter)	Ersättning för måluppfyllelse (baserat på antalet aktiviteter)
	Ersättning per period (lön)	Ersättning per period (anslag; projektmedel för prioriterade områden)	Ersättning per nedlagd tid (per session, per timme)	Ersättning per nedlagd tid (per behandlingsdag, per timme)
	Kapitering (rak eller anpassad)	Kapitering (rak eller anpassad)	Ersättning per utfört paket av åtgärder (per diagnos)	Ersättning per utfört paket av åtgärder (per fördefinierad vårdprocess; diagnos)



Internationella föregångsfall inom sammanhållen vård och omsorg om äldre

Den teoretiska genomgången visar att ett ersättningssystem för vård och omsorg kan utformas på en rad olika sätt. Olika ekonomiska incitament kan även kombineras med olika organisatorisk design. Då man diskuterar sammanhållen vård och omsorg är en central aspekt på vilken nivå samordningen sker. Samverkanssystem kan fokusera på ett regionalt område, på en specifik grupp av brukare eller byggas på mikronivå runt den enskilde brukaren¹⁵. En annan vanlig distinktion är mellan samverkanssystem av olika intensitet. De olika aktiviteterna kan vara fullt integrerade inom en enhet med gemensamma strukturer och resurser, koordinerade mellan separata organisationer med tätt informationsbyte och smidiga övergångar mellan olika utförare eller länkade mellan organisationer med tydliga ansvarsområden som kommunicerar när behovet uppstår¹⁶.

Baserat på internationella översikter över integrerad vård och omsorg¹⁷ har sex föregångsfall bedömts som särskilt intressanta att studera närmare. Kaiser Permanente i USA är ett fullt integrerat regionalt samordningssystem med ca 870 000 äldre användare i tio stater. PACE, också i USA, och Torbay Care Trust, i Storbritannien, är bägge fullt integrerade system som fokuserar på äldre brukare. PACE har ca 22 000 användare i tjugonio stater och Torbay ca 32 000 användare i en enskild kommun. PRISMA i Kanada var ett koordinerat samordningssystem med äldre-fokus och ca 23 500 användare i flera områden av en kommun¹⁸. Den personliga vårbudgeten PGB i Nederländerna är ett länkat system på individnivå som omfattar ca 123 000 användare. Slutligen är systemet för sammanhållen vård för äldre i Singapore ett koordinerat regionalt samordningssystem med cirka 350 000 äldre brukare.

De sex fallen samordnas med andra ord på olika nivåer och med olika intensitet, vilket gör att de representerar ett urval av olika samordningsmetoder och ersättningssystem. Som tidigare nämnts, studeras framför allt ersättningen från beställare till utförare, medan de nationella skillnaderna i de övergripande systemen för välfärdens finansiering endast utgör en kontextuell bakgrund.

Kaiser Permanente, USA

Kaiser Permanente (KP) är ett regionalt samordnat sjukvårdssystem som finns tillgängligt i olika stor utsträckning i tio delstater, framför allt i Colorado och Kalifornien. Systemet erbjuder en fullständig vårdintegrering i varje region, med en vertikal samordning mellan sjukförsäkringssystemet Kaiser Foundation Health Plan och de regionala vårdgivarna¹⁹. De

15 Curry, Natasha och Ham, Chris. (2010): *Clinical and service integration: The route to improved outcomes*. London: King's Fund.

16 Leutz, Walter N. (1999): *Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom*. *Milbank Quarterly* 77 (1), s. 77-110.

17 Till exempel MacAdam, Margaret. (2008): *Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic Review*. Ontario: Canadian Policy Research Networks. och Curry, Natasha och Ham, Chris. (2010): *Clinical and service integration: The route to improved outcomes*. London: King's Fund.

18 PRISMA var ett forskningsprojekt som löpte 1997-2006. Projektet avslutades när forskningsanslagen tog slut, men flera av principerna bakom projektet har senare införts av den politiska ledningen i regionen Quebec.

19 Feachem, Richard G. A., Sekhri, Neelam K. och White, Karen L. (2002): *Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente*. *British Medical Journal* 324 (7330); Curry, Natasha och Ham, Chris. (2010): *Clinical and service integration: The route to improved outcomes*. London: King's Fund.

regionala delarna av KP opererar som självständiga enheter, men är sammanbundna genom gemensamma och exklusiva kontrakt²⁰. Olikt de andra systemen i rapporten är KP ett regelrätt sjukvårdssystem, men med fokus på patienter med kroniska problem vilket gör systemet attraktivt för äldre brukare. Systemet omfattar 8,7 miljoner personer²¹ varav cirka 10 procent var äldre än 65 år 2002, vilket är lägre än snittet i USA som ligger på 13 procent²². KP har även en förhållandevis låg andel brukare vars vård bekostas av den statliga socialförsäkringen Medicaid; 3,5 procent i Kalifornien jämfört med befolkningssnittet på 15 procent²³. KP grundades 1945 med målet att kostnadseffektivt behandla patienter innan de blev så sjuka att de behövde institutionell vård²⁴.

Vården samordnas på multidisciplinära kliniker som anställer både allmänläkare och specialister. Brukarna får normalt all sin vård inom systemet, men det förekommer att KP regionalt bygger upp ett långsiktigt samarbete med ett externt sjukhus som tillhandahåller akutsjukvård²⁵. Sjukförsäkringssystemet Kaiser Foundation Health Plan sluter avtal med regionala koncerner av kliniker, Permanente Medical Groups, som tillhandahåller den faktiska vården och inte tar emot brukare från andra håll²⁶. Läkarna är vanligtvis både anställda och delägare i sin koncern och verksamhetscheferna arbetar i nära par med chefer från sjukförsäkringsverksamheten. Detta, tillsammans med de exklusiva kontrakten och information om affärsförutsättningarna för sjukförsäkringsdelen av verksamheten, är avsett att uppmuntra läkarna att ta hela KPs finansiella ställning i beaktande²⁷.

Fokus för KP ligger på förebyggande åtgärder och egenvård, vilket förutsätter en låg brukaromsättning och ett stort brukarunderlag²⁸. Patienter med kroniska sjukdomar erbjuds utbildning för att bättre sköta sitt tillstånd och de med de mest komplicerade sjukdomstillstånden tilldelas en egen vårdkoordinator ("case manager" på engelska) som koordinerar vården och aktivt följer upp individens situation för att förebygga sjukhusvistelser²⁹. Genom en portal på internet kan brukarna se sin journal, boka tider, få recept förnyade och kommunicera med sin läkare via e-post³⁰. KP använder sig även av rådgivning och uppföljning via telefon³¹.

20 Gleave, Richard. (2009): *Across the pond – lessons from the US on integrated healthcare*. London: Nuffield Trust.

21 Curry, Natasha och Ham, Chris. (2010): *Clinical and service integration: The route to improved outcomes*. London: King's Fund.

22 Feachem, Richard G. A., Sekhri, Neelam K. och White, Karen L. (2002): *Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente*. *British Medical Journal* 324 (7330)

23 Ibid.

24 Porter, Molly och Kellogg, Meg. (2008): *Kaiser Permanente: An Integrated Health Care Experience*. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada* 1 (1)

25 Welsh NHS Confederation. (2005): *From the Rockies to the Rhondda – Better care for patients and better use of hospitals - Can Wales learn from Colorado? Bridgend: Welsh NHS Confederation.*; McCarthy, Douglas, Mueller, Kimberly och Wrenn, Jennifer. (2009): *Kaiser Permanente: Bridging the Quality Divide with Integrated Practice, Group Accountability, and Health Information Technology*. The Commonwealth Fund.

26 Gleave, Richard. (2009): *Across the pond – lessons from the US on integrated healthcare*. London: Nuffield Trust.; Welsh NHS Confederation. (2005): *From the Rockies to the Rhondda – Better care for patients and better use of hospitals - Can Wales learn from Colorado? Bridgend: Welsh NHS Confederation*.

27 Ibid.

28 Ett expansionsförsök på 1980-talet misslyckades bland annat på grund av dåligt kundunderlag, se Gitterman, Daniel P. et al. (2003): *The rise and fall of a Kaiser Permanente expansion region*. *Millbank Quarterly* 81 (4).

29 Welsh NHS Confederation. (2005): *From the Rockies to the Rhondda – Better care for patients and better use of hospitals - Can Wales learn from Colorado? Bridgend: Welsh NHS Confederation.*; Porter, Molly och Kellogg, Meg. (2008): *Kaiser Permanente: An Integrated Health Care Experience*. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada* 1 (1)

30 Gleave, Richard. (2009): *Across the pond – lessons from the US on integrated healthcare*. London: Nuffield Trust.; Curry, Natasha och Ham, Chris. (2010): *Clinical and service integration: The route to improved outcomes*. London: King's Fund.

31 Welsh NHS Confederation. (2005): *From the Rockies to the Rhondda – Better care for patients and better use of hospitals - Can Wales learn from Colorado? Bridgend: Welsh NHS Confederation*.

Som tidigare nämnts, ges vården huvudsakligen på multidisciplinära kliniker där primärvård och specialistvård koordineras. Klinikerna har även integrerade laboratorier, radiologikliniker och apotek³². Mängden tillgänglig medicinsk personal ökas genom att sjuksköterskor och sjukvårdare tar emot brukare för rutinartade ärenden och har rätt att skriva ut vissa mediciner. I kombination med allmänläkare med en bred kompetens gör detta att specialisterna kan fokusera på de mest komplicerade fallen³³. Vanligt förekommande sjukdomstillstånd har standardiserade vårdepisoder ("care pathways" på engelska) som styr hur brukarna vårdas och vissa kroniska diagnoser, till exempel diabetes, sköts av specialiserade multidisciplinära sjukvårdsteam³⁴. Integrationen underlättas av gemensamma diagnostiska verktyg och ett integrerat IT- och journalsystem som täcker samtliga kliniker och interna sjukhus och är kopplat till det interna styrsystemet³⁵. Systemet har även öppna räkenskaper med viktiga leverantörer³⁶.

När specialistvård ändå krävs börjar en utskrivningsplanerare planlägga utskrivning och rehabilitering direkt när en individ kommer in till sjukhuset³⁷. Patienter som inte är redo att återvända hem slussas vidare till kvalificerade vårdhem för att minska trycket på de akuta sjukhussängarna. När de är redo att flytta hem får de hjälp till självhjälp genom information och utbildningsprogram samt IT-lösningar i hemmet.

Ersättningssystemets utformning

KP finansieras genom en privat sjukförsäkring, där en majoritet av brukarna är medlemmar genom sina arbetsgivare. Personer över 65 år omfattas dock av den statliga sjukförsäkringen Medicare och kan bli medlemmar i KP genom denna³⁸. Finansieringen betalas som en fast prospektiv kapitering bestående av en månatlig premie baserad på den försäkrade individens ålder³⁹. För brukare över 65 betalas en anpassad premie baserad dels på ålder, kön, eventuella handikapp och huruvida individen får socialbidrag och dels på vilken diagnosgrupp personen tillhör⁴⁰. Till detta kommer en liten andel (under 7 procent år 2004⁴¹) rörliga retrospektiva betalningar per besök och åtgärd från vårdtagaren. Storleken på premien relativt den direkta ersättningen per besök varierar beroende på försäkringens upplägg⁴².

32 Feachem, Richard G. A., Sekhri, Neelam K. och White, Karen L. (2002): *Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente*. *British Medical Journal* 324 (7330), s. 135-141.

33 Ibid.

34 Curry, Natasha och Ham, Chris. (2010): *Clinical and service integration: The route to improved outcomes*. London: King's Fund.; Welsh NHS Confederation. (2005): *From the Rockies to the Rhondda – Better care for patients and better use of hospitals - Can Wales learn from Colorado? Bridgend: Welsh NHS Confederation*.

35 Ibid.; Gleave, Richard. (2009): *Across the pond – lessons from the US on integrated healthcare*. London: Nuffield Trust.; McCarthy, Douglas, Mueller, Kimberly och Wrenn, Jennifer. (2009): *Kaiser Permanente: Bridging the Quality Divide with Integrated Practice, Group Accountability, and Health Information Technology*. The Commonwealth Fund.

36 Welsh NHS Confederation. (2005): *From the Rockies to the Rhondda – Better care for patients and better use of hospitals - Can Wales learn from Colorado? Bridgend: Welsh NHS Confederation*.

37 Ibid.; Curry, Natasha och Ham, Chris. (2010): *Clinical and service integration: The route to improved outcomes*. London: King's Fund.

38 Feachem, Richard G. A., Sekhri, Neelam K. och White, Karen L. (2002): *Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente*. *British Medical Journal* 324 (7330); Welsh NHS Confederation. (2005): *From the Rockies to the Rhondda – Better care for patients and better use of hospitals - Can Wales learn from Colorado? Bridgend: Welsh NHS Confederation*.

39 Kaiser Permanente. (2012): *Health Plans*. <http://businessnet.kp.org/health/plans/national/plans> Senast besökt: 2012-07-25.

40 Pope, Gregory C. et al. (2011): *Evaluation of the CMS-HCC Risk Adjustment Model*. Baltimore: RTI International.

41 Strandberg-Larsen, Martin, Schiøtz, Michaela L. och Frølich, Anne. (2008): *Kaiser Permanente revisited - Can European health care systems learn? Eurohealth* 13 (4), s. 24-26.

42 Kaiser Permanente. (2012): *Health Plans*. <http://businessnet.kp.org/health/plans/national/plans> Senast besökt: 2012-07-25.

Finansieringen fördelas mellan KPs kliniker genom en anpassad fast prospektiv kapitering⁴³. Sjukvårdssystemet och de regionala sjukvårdskoncernerna lägger gemensamt upp en budget baserad på föregående års ekonomiska utfall. Denna divideras sedan med 12 månader och det förväntade antalet brukare för att bestämma kapiteringssumman som ska betalas per registrerad brukare och månad under det kommande året. Vissa kostnader som är svåra att förutse ersätts dock retrospektivt på kostnadsbasis, till exempel transplantationer. Skulle budgeten visa sig otillräcklig finns det möjlighet för sjukvårdssystemet att gå in och täcka upp för underskottet. I gengäld delas eventuella överskott lika mellan sjukvårdssystemet och sjukvårdskoncernen.

Individuella läkare hos KP betalas en fast prospektiv lön med inslag av rörlig prospektiv ersättning för måluppfyllelse om personalen möter vissa absoluta benchmarkmått⁴⁴. Dessa kan bestå både av strukturmått relaterade till tillgänglighet och service samt av direkta resultatmått relaterade till kvalitet⁴⁵. Efter ett visst antal års anställning kan läkare även bli inröstade som delägare i sjukvårdskoncernen de arbetar för, vilket ger möjlighet att få en rörlig retrospektiv utdelning baserad på koncernens finansiella resultat⁴⁶.

I de fall där KP köper sjukvård av externa sjukhus använder de sig av rörliga retrospektiva ersättningar per utförd åtgärd, där KP förbinder sig att hålla sig inom ett fördefinierat intervall när det gäller mängden tjänster som köps⁴⁷.

PACE (Programme for All-inclusive Care for the Elderly), USA

PACE är ett fullt integrerat vård- och omsorgssystem som riktar sig till sköra personer över 55 år som behöver vård av den omfattning som vanligtvis ges på ett vård- och omsorgsboende⁴⁸. Syftet är att möjliggöra för brukarna att bo kvar hemma och därmed öka deras livskvalitet samt ersätta vård- och omsorgsboenden med billigare dagvård⁴⁹. 2011 fanns PACE tillgängligt i 29 av 50 delstater och hade cirka 22 000 brukare⁵⁰, att jämföra med cirka 41 miljoner personer över 65 år i hela USA⁵¹. PACE började som experimentprojektet On Lok i San

43 Welsh NHS Confederation. (2005): *From the Rockies to the Rhondda – Better care for patients and better use of hospitals - Can Wales learn from Colorado?* Bridgend: Welsh NHS Confederation.; Curry, Natasha och Ham, Chris. (2010): *Clinical and service integration: The route to improved outcomes*. London: King's Fund.; Garber, Alan M. (2011): *Competition, integration and incentives: the quest for efficiency in the English NHS*. London: Nuffield Trust.; Kaiser Permanente. (2012): *Physician Compensation*. <http://businessnet.kp.org/health/plans/national/home/aboutus> Senast besökt: 2012-05-03.

44 Light, Donald och Dixon, Michael. (2004): *Making the NHS more like Kaiser Permanente*. *British Medical Journal* 328 (7442), s. 763-765.; Porter, Molly och Kellogg, Meg. (2008): *Kaiser Permanente: An Integrated Health Care Experience*. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada* 1 (1); Kaiser Permanente. (2012): *Physician Compensation*. <http://businessnet.kp.org/health/plans/national/home/aboutus> Senast besökt: 2012-05-03.; Gleave, Richard. (2009): *Across the pond – lessons from the US on integrated healthcare*. London: Nuffield Trust.

45 Kaiser Permanente. (2012): *Performance Sharing Program*. <http://www.Impartnership.org/toolkits/performance-sharing-program> Senast besökt: 2012-07-29..

46 Gitterman, Daniel P. et al. (2003): *The rise and fall of a Kaiser Permanente expansion region*. *Millbank Quarterly* 81 (4), s. 567-601.; Gleave, Richard. (2009): *Across the pond – lessons from the US on integrated healthcare*. London: Nuffield Trust.; Kaiser Permanente. (2012): *Compensation and Benefits*. http://physiciancareers.kp.org/ncal/why_tpmg/compensation.html Senast besökt: 2012-07-25.

47 Welsh NHS Confederation. (2005): *From the Rockies to the Rhondda – Better care for patients and better use of hospitals - Can Wales learn from Colorado?* Bridgend: Welsh NHS Confederation.

48 Department of Health & Human Services och Centers for Medicare & Medicaid Services. (2011): *Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Manual*. [http://www.cms.hhs.gov/manuals/Centers for Medicare & Medicaid Services..](http://www.cms.hhs.gov/manuals/Centers%20for%20Medicare%20&%20Medicaid%20Services)

49 Ibid.; Petigara, Tanaz och Anderson, Gerard. (2009): *Program of All-Inclusive Care for the Elderly*. *Health Policy Monitor*.

50 National PACE Association. (2011): *List of PACE Programs by State*. <http://www.npaonline.org/website/download.asp?id=1741> Senast besökt: 2012-08-16.

51 CIA. (2012-08-01): *The World Factbook: United States*. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/us.html> Senast besökt: 2012-08-16.

Francisco på 1970-talet och utökades gradvis till dess att det blev en permanent del av den statliga sjukförsäkringen Medicare genom Balanced Budget Act 1997⁵².

PACE samlokaliserar primärvård, sjukgymnastik, måltider och social omsorg till ett dagvårdscenter som tillgodoser en majoritet av brukarens behov, inklusive transporter till dagvårdscentret och för läkarbesök⁵³. Om en brukare behöver specialist- eller akutvård köps vården in från en utomstående läkare men koordineras av dagvårdscentret⁵⁴. För brukare som inte längre klarar sig hemma erbjuds även vissa tjänster i hemmet⁵⁵ och i sista hand köper PACE en tillfällig eller permanent plats på ett vård- och omsorgsboende⁵⁶. Varje dagvårdscenter har hand om cirka 300 brukare, vilket möjliggör en personlig kontakt mellan brukare, vårdpersonal och anhöriga⁵⁷. PACE-klinikerna fokuserar ofta specifikt på att stödja anhängigvårdare genom avlastning och utbildning eftersom dessa bär en stor del av bördan för vårdtagarens dagliga omsorg och möjlighet att klara sig i hemmet⁵⁸.

Samordningen i PACE bygger på ett multidisciplinärt team av läkare, sjuksköterskor, socialarbetare, dietister och sjukgymnaster som tillsammans utför tjänsterna⁵⁹. Nya brukare går igenom en individuell bedömning av teamet, som även tar in externa specialister vid behov⁶⁰. Resultatet sammanställs i en individuell vårdplan som beskriver brukarens medicinska, sociala och kognitiva tillstånd samt den vård och omsorg som krävs för att möta brukarens behov. I och med att PACE är huvudman för både sjukvård och omsorg och har en gemensam budget för båda har dagvårdscentren möjlighet att lägga upp individuellt utformade vårdplaner för varje brukare⁶¹. Detta gör det även lättare att hantera brukare med komplexa behov och ett flertal diagnoser.

52 Lynch, Marty, Hernandez, Mauro och Estes, Carroll. (2008): *Pace: Has It Changed the Chronic Care Paradigm?* Social Work in Public Health 23 (4), s. 3-24.

53 Department of Health & Human Services och Centers for Medicare & Medicaid Services. (2011): *Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Manual*. <http://www.cms.hhs.gov/manuals>: Centers for Medicare & Medicaid Services.

54 Ibid., Petigara, Tanaz och Anderson, Gerard. (2009): *Program of All-Inclusive Care for the Elderly*. Health Policy Monitor.; Curry, Natasha och Ham, Chris. (2010): *Clinical and service integration: The route to improved outcomes*. London: King's Fund.

55 Kodner, Dennis L. och Kay Kyriacou, Corinne. (2000): *Fully integrated care for frail elderly: two American models*. International Journal of Integrated Care 1 (October - December), s. 1-19.

56 Petigara, Tanaz och Anderson, Gerard. (2009): *Program of All-Inclusive Care for the Elderly*. Health Policy Monitor.; Curry, Natasha och Ham, Chris. (2010): *Clinical and service integration: The route to improved outcomes*. London: King's Fund.

57 Kodner, Dennis L. och Kay Kyriacou, Corinne. (2000): *Fully integrated care for frail elderly: two American models*. International Journal of Integrated Care 1 (October - December), s. 1-19.; Curry, Natasha och Ham, Chris. (2010): *Clinical and service integration: The route to improved outcomes*. London: King's Fund.

58 Greenwood, Robert och Gong, Jade. (2002): *Case Study: Alexian Brothers Community Services, Chattanooga, Tennessee*. Alexandria, VA: National PACE Association.; Greenwood, Robert och Gong, Jade. (2002): *Case Study: Total Longterm Care, Denver, Colorado*. Alexandria, VA: National PACE Association.

59 Petigara, Tanaz och Anderson, Gerard. (2009): *Program of All-Inclusive Care for the Elderly*. Health Policy Monitor.; Curry, Natasha och Ham, Chris. (2010): *Clinical and service integration: The route to improved outcomes*. London: King's Fund.; Department of Health & Human Services och Centers for Medicare & Medicaid Services. (2011): *Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Manual*. <http://www.cms.hhs.gov/manuals>: Centers for Medicare & Medicaid Services.; Kodner, Dennis L. och Kay Kyriacou, Corinne. (2000): *Fully integrated care for frail elderly: two American models*. International Journal of Integrated Care 1 (October - December), s. 1-19.

60 Kodner, Dennis L. och Kay Kyriacou, Corinne. (2000): *Fully integrated care for frail elderly: two American models*. International Journal of Integrated Care 1 (October - December), s. 1-19.; Department of Health & Human Services och Centers for Medicare & Medicaid Services. (2011): *Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Manual*. <http://www.cms.hhs.gov/manuals>: Centers for Medicare & Medicaid Services.

61 Lynch, Marty, Hernandez, Mauro och Estes, Carroll. (2008): *Pace: Has It Changed the Chronic Care Paradigm?* Social Work in Public Health 23 (4), s. 3-24.; Curry, Natasha och Ham, Chris. (2010): *Clinical and service integration: The route to improved outcomes*. London: King's Fund.

Samtliga PACE-kliniker använder sig av ett samordnat dokumentationssystem som samlar information om varje aspekt av brukarens hälsa samt av den vård och omsorg som ges⁶². Vården bygger mycket på förebyggande åtgärder som vaccinationer, kostutvärderingar och depressionsscreening⁶³. Detta kan även inkludera anpassning av hemmet genom till exempel ramper eller räcken för att skapa en säker och fungerade hemmiljö⁶⁴.

Ersättningssystemets utformning

PACE är tillgängligt genom den statliga sjukförsäkringen Medicare och socialförsäkringen Medicaid⁶⁵. Finansieringen genom Medicare är en fast prospektiv kapitering⁶⁶ som anpassas dels efter den genomsnittliga ADL-profilen⁶⁷ bland dagvårdcentrets brukare och dels efter den individuella brukarens riskprofil⁶⁸. Denna utgår i sin tur dels från brukarens ålder, kön, eventuella funktionsnedsättningar och huruvida individen får socialbidrag och dels på vilken diagnosgrupp brukaren tillhör⁶⁹. Till detta kommer en separat prospektiv kapitering för att täcka kostnaden för brukarens mediciner. Ersättningen består av en fast försäkringspremiedel och en rörlig självriskdel⁷⁰.

Finansieringen genom Medicaid är en fast prospektiv kapitering som förhandlas fram av mellan varje PACE-organisation och delstaten den verkar i⁷¹. Kapiteringssumman utgår från en rabatterad uppskattning av vad en placering på ett vård- och omsorgsboende skulle kosta och anpassas efter brukarens skörhet⁷². Brukare som inte kvalificerar sig för full täckning av Medicare får istället betala hela eller delar av Medicaid-delen av finansieringen själva⁷³, vilket

- 62 Kodner, Dennis L. och Kay Kyriacou, Corinne. (2000): Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care* 1 (October - December), s. 1-19.; Department of Health & Human Services och Centers for Medicare & Medicaid Services. (2011): Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Manual. <http://www.cms.hhs.gov/manuals:CentersforMedicare&MedicaidServices>.; Curry, Natasha och Ham, Chris. (2010): Clinical and service integration: The route to improved outcomes. London: King's Fund.
- 63 Kodner, Dennis L. och Kay Kyriacou, Corinne. (2000): Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care* 1 (October - December), s. 1-19.
- 64 Ibid. Greenwood, Robert och Gong, Jade. (2002): Case Study: Total Longterm Care, Denver, Colorado. Alexandria, VA: National PACE Association.; Greenwood, Robert och Gong, Jade. (2002): Case Study: Alexian Brothers Community Services, Chattanooga, Tennessee. Alexandria, VA: National PACE Association.
- 65 Kodner, Dennis L. och Kay Kyriacou, Corinne. (2000): Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care* 1 (October - December), s. 1-19.; Department of Health & Human Services och Centers for Medicare & Medicaid Services. (2011): Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Manual. <http://www.cms.hhs.gov/manuals:CentersforMedicare&MedicaidServices>.; Curry, Natasha och Ham, Chris. (2010): Clinical and service integration: The route to improved outcomes. London: King's Fund.
- 66 Ibid.
- 67 Activities Daily Life, brukarens förmåga att utföra vitala aktiviteter i sitt daglig liv
- 68 Department of Health & Human Services och Centers for Medicare & Medicaid Services. (2011): Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Manual. <http://www.cms.hhs.gov/manuals:CentersforMedicare&MedicaidServices>.
- 69 Pope, Gregory C. et al. (2011): Evaluation of the CMS-HCC Risk Adjustment Model. Baltimore: RTI International.
- 70 Department of Health & Human Services och Centers for Medicare & Medicaid Services. (2011): Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Manual. <http://www.cms.hhs.gov/manuals:CentersforMedicare&MedicaidServices>.
- 71 Ibid.
- 72 "Frailty" på engelska. Bowin och Norén definierar frailty som ett begrepp som inbegriper "nedsatt 'struktur' i form av minskande muskelmassa, viktnedgångar m.m. och 'funktion' i form av nedsatt fysisk förmåga som exempelvis minskad handstyrka och ibland kognitiv funktionsförmåga". Se Bowin, Rolf och Norén, Dag. (ed.) (2012): De "mest sjuka äldre": Hur ser gruppen ut, hur utförs omhändertagandet, vilka är kostnaderna samt strategier för bättre vård och omsorg i Anna Krohwinkel Karlsson and Hans Winberg. (eds) På väg mot en värdefull styrning: Ersättningssystem för en sammanhållen vård & omsorg om äldre. Stockholm: LHC.
- 73 Kodner, Dennis L. och Kay Kyriacou, Corinne. (2000): Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care* 1 (October - December), s. 1-19. Department of Health & Human Services och Centers for Medicare & Medicaid Services. (2011): Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Manual. <http://www.cms.hhs.gov/manuals:CentersforMedicare&MedicaidServices>.

har inneburit att de flesta brukare som inte täcks av Medicaid väljer andra alternativ på grund av den höga kostnaden för PACE-programmet⁷⁴.

Anställda på PACEs dagvårdscentra betalas en fast, prospektiv lön⁷⁵ som kan kompletteras av en prospektiv rörlig ersättning för måluppfyllelse. Det händer till exempel att personalen får en bonus om de uppnår vissa absoluta mål relaterat till antalet nya brukare som tillkommer i programmet⁷⁶.

Som anges ovan köper PACE in akut- och specialistsjukvård från utomstående kliniker⁷⁷. Avtalen varierar mellan de regionala PACE-organisationerna, men typiskt sett har varje dagvårdscentrum ett avtal med ett eller flera lokala sjukhus och betalar antingen en prospektiv rörlig summa per behandlingsdag eller en rabatterad retrospektiv rörlig kostnadsersättning för den vård som utförs⁷⁸. Om en brukare inte längre klarar av att bo kvar hemma köper PACE in en tillfällig eller permanent plats på ett vård- och omsorgsboende⁷⁹. Ersättningen utgörs typiskt sett av en anpassad version av den prospektiva rörliga avgift per dag som staten betalar genom Medicaid, vilket innebär att PACE-kliniken kan gå med förlust på denna typ av placering⁸⁰.

Torbay Care Trust, Storbritannien

Torbay Care Trust (TCT) är ett fullt integrerat system inriktat på att tillhandahålla en sammanhållen sjukvård och omsorg för äldre personer⁸¹. Systemet omfattar Torbay kommun som har en hög andel äldre personer: 23 procent av befolkningen eller ca 32 000 personer är över 65, jämfört med snittet i Storbritannien som ligger på 16 procent⁸². Själva organisationen är en särskild typ av juridisk person, en vårdstiftelse ("care trust" på engelska), som introducerades i och med Health and Social Care Act 2001⁸³. Lagen skapade möjligheten att sätta upp en vårdstiftelse inom den statliga sjukvårdsorganisationen NHS och delegera den kommunala omsorgen till stiftelsen. Beslutet att omvandla Torbays primärvårdsstiftelse till

74 Kodner, Dennis L. och Kay Kyriacou, Corinne. (2000): Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care* 1 (October - December), s. 1-19.

75 Ibid. Curry, Natasha och Ham, Chris. (2010): *Clinical and service integration: The route to improved outcomes*. London: King's Fund.

76 Greenwood, Robert och Gong, Jade. (2002): *Case Study: Total Longterm Care, Denver, Colorado*. Alexandria, VA: National PACE Association.

77 Petigara, Tanaz och Anderson, Gerard. (2009): *Program of All-Inclusive Care for the Elderly*. Health Policy Monitor.; Curry, Natasha och Ham, Chris. (2010): *Clinical and service integration: The route to improved outcomes*. London: King's Fund.; Department of Health & Human Services och Centers for Medicare & Medicaid Services. (2011): *Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Manual*. [http://www.cms.hhs.gov/manuals: Centers for Medicare & Medicaid Services](http://www.cms.hhs.gov/manuals/Centers%20for%20Medicare%20and%20Medicaid%20Services).

78 Greenwood, Robert och Gong, Jade. (2002): *Case Study: Total Longterm Care, Denver, Colorado*. Alexandria, VA: National PACE Association.; Greenwood, Robert och Gong, Jade. (2002): *Case Study: Alexian Brothers Community Services, Chattanooga, Tennessee*. Alexandria, VA: National PACE Association.

79 Petigara, Tanaz och Anderson, Gerard. (2009): *Program of All-Inclusive Care for the Elderly*. Health Policy Monitor.; Curry, Natasha och Ham, Chris. (2010): *Clinical and service integration: The route to improved outcomes*. London: King's Fund.; Department of Health & Human Services och Centers for Medicare & Medicaid Services. (2011): *Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Manual*. [http://www.cms.hhs.gov/manuals: Centers for Medicare & Medicaid Services](http://www.cms.hhs.gov/manuals/Centers%20for%20Medicare%20and%20Medicaid%20Services).

80 Greenwood, Robert och Gong, Jade. (2002): *Case Study: Total Longterm Care, Denver, Colorado*. Alexandria, VA: National PACE Association.; Greenwood, Robert och Gong, Jade. (2002): *Case Study: Alexian Brothers Community Services, Chattanooga, Tennessee*. Alexandria, VA: National PACE Association.

81 Curry, Natasha och Ham, Chris. (2010): *Clinical and service integration: The route to improved outcomes*. London: King's Fund.; Thistlethwaite, Peter. (2011): *Integrating health and social care in Torbay*. London: The King's Fund.

82 Thistlethwaite, Peter. (2011): *Integrating health and social care in Torbay*. London: The King's Fund.; Davies, Peter. (2011): A glimpse of the future of healthcare. *British Medical Journal* 342 (2 April), s. 738-739.

83 Weatherly, Helen et al. (2010): *Financial Integration across Health and Social Care: Evidence Review*. Edinburgh: Scottish Government Social Research.; Thistlethwaite, Peter. (2011): *Integrating health and social care in Torbay*. London: The King's Fund.

en vårdstiftelse och delegera en majoritet av kommunens omsorgsfunktioner till stiftelsen togs 2005 samtidigt som en stor del av kommunens omsorgspersonal överfördes till stiftelsen⁸⁴. Målet var att förbättra samordningen för ”Mrs Smith”, en fiktiv 80-årig kvinna i behov av både omsorg och geriatrisk sjukvård⁸⁵.

TCT samlar omsorg riktad mot äldre och funktionshindrade samt delar av primärsjukvården i kommunen inom en enda integrerad organisation. Stiftelsen är ansvarig för att köpa in och tillhandahålla sjukvård och sjukgymnastik, undantaget akutvård, att bedöma behovet av, beställa och följa upp omsorg som riktar sig till äldre och vuxna med funktionshinder samt för att tillhandahålla dagvård, hemtjänst och vård- och omsorgsboenden. De tjänster som inte omfattas av avtalet ligger kvar hos kommunen respektive NHS. Huvudmännen utvärderas separat av det brittiska hälsodepartementet baserat på sina individuella delar av tjänsterna, men samarbetar för att samla informationen till sina respektive resultatrapporter. All planering sköts även den gemensamt mellan stiftelsen och kommunen⁸⁶.

Det praktiska utförandet av vården och omsorgen är samordnat i fem geografiska zoner som samverkar med vårdcentralerna i området⁸⁷. Brukarna är fördelade mellan zonerna efter vilken vårdcentral de tillhör istället för efter var de bor för att förenkla samordningen⁸⁸. Varje zon tillhandahåller tjänster för mellan 25 000 och 40 000 personer. Det finns även en central funktion som tillhandahåller vissa administrativa tjänster, som till exempel upphandlingsexpertis⁸⁹. Stiftelsen har dock en gemensam budget, ett gemensamt styrsystem och ett samordnat informationssystem med gemensam journalföring⁹⁰.

Själva vården utförs av multidisciplinära team bestående av sjuksköterskor, omsorgspersonal, sjukgymnaster och fotvårdsspecialister⁹¹. Varje zon har även ett multidisciplinärt korttidsteam som kan ge grundläggande hjälp och vård för att tillgodose akuta behov och undvika att äldre personer hamnar på sjukhus i onödan⁹². TCT har en gemensam ingång i form av en grupp vårdkoordinatorer (”case managers” på engelska) i varje zon som tar emot anmälningar om personer i behov av stöd från allmänheten, vårdcentraler och socialtjänst⁹³. Vårdkoordinatorerna använder en standardiserad metod för att bedöma vilket stöd brukaren behöver⁹⁴ och beställer sedan ett individuellt utformat paket av vård- och omsorgstjänster i samråd med de multidisciplinära team som sköter vården⁹⁵.

84 Torbay council och Torbay Care Trust. (2005): *Partnership agreement relating to the proposed Torbay Care Trust*.

85 Thistlethwaite, Peter. (2011): *Integrating health and social care in Torbay*. London: The King's Fund.

86 Torbay council och Torbay Care Trust. (2005): *Partnership agreement relating to the proposed Torbay Care Trust*.

87 Ibid.; Thistlethwaite, Peter. (2011): *Integrating health and social care in Torbay*. London: The King's Fund.

88 Thistlethwaite, Peter. (2011): *Integrating health and social care in Torbay*. London: The King's Fund.

89 Torbay council och Torbay Care Trust. (2005): *Partnership agreement relating to the proposed Torbay Care Trust*.

90 Thistlethwaite, Peter. (2011): *Integrating health and social care in Torbay*. London: The King's Fund.

91 Torbay council och Torbay Care Trust. (2005): *Partnership agreement relating to the proposed Torbay Care Trust*.

92 Thistlethwaite, Peter. (2011): *Integrating health and social care in Torbay*. London: The King's Fund.

93 Torbay council och Torbay Care Trust. (2005): *Partnership agreement relating to the proposed Torbay Care Trust*; Thistlethwaite, Peter. (2011): *Integrating health and social care in Torbay*. London: The King's Fund. Davies, Peter. (2011): *A glimpse of the future of healthcare*. *British Medical Journal* 342 (2 April), s. 738-739..

94 Curry, Natasha och Ham, Chris. (2010): *Clinical and service integration: The route to improved outcomes*. London: King's Fund.

95 Torbay council och Torbay Care Trust. (2005): *Partnership agreement relating to the proposed Torbay Care Trust*; Thistlethwaite, Peter. (2011): *Integrating health and social care in Torbay*. London: The King's Fund.

Det största sjukhuset i kommunen har egna vårdkoordinatorer på de viktigaste avdelningarna som arbetar direkt mot personalen och kan ge information om brukarnas sjukdomshistoria⁹⁶ samt planera stödet för utskrivningsklara brukare⁹⁷. Koordinatorerna har även tillgång till både TCTs och sjukhusens informationssystem, vilket gör att de fungerar som samordnare och informationsknutpunkt för både personal, anhöriga och vårdcentraler⁹⁸. I sin roll som beställare har de dessutom möjlighet att snabbt modifiera omsorgspaketet om vård- och omsorgspersonalen slår larm om att brukarens vårdbehov har förändrats⁹⁹.

Ersättningssystemets utformning

I likhet med Sverige finansieras brittisk sjukvård och äldreomsorg separat. Sjukvården är skattefinansierad på nationell nivå¹⁰⁰ och pengarna fördelas geografiskt genom en fast prospektiv kapitering. Kapiteringssumman justeras för befolkningens ålder, hälsomässiga och sociala faktorer, samt geografiska skillnader i kostnadsnivå, till exempel med avseende på lönenivåer¹⁰¹. Äldreomsorgen finansieras istället av en blandning av offentliga medel och brukaravgifter¹⁰². De offentliga medlen består av ett statligt bidrag kompletterat med lokala kommunalskatter¹⁰³, men det är upp till varje kommun att göra en rörlig retrospektiv budget som lokalt avgör hur stora resurser som ska gå till omsorg¹⁰⁴.

TCTs grundersättning består följaktligen av finansieringen från NHS samt ett bidrag från Torbay kommun. Under stiftelsens första år sattes kommunens bidrag till samma nivå som den planerade omsorgsbudgeten om tjänsterna hade förblivit i kommunal regi och har sedan dess ökat med en årlig inflationsfaktor¹⁰⁵. Dock förbehåller sig kommunen rätten att minska budgeten vid behov, till exempel vid nationella besparingskrav. Bedömer stiftelsen att kommunens bidrag är otillräckligt för att driva verksamheten sker istället en förhandling om huruvida ersättningen bör öka eller tjänsteutbudet modifieras¹⁰⁶. Eventuella överskott från stiftelsens omsorgsverksamhet delas lika mellan stiftelsen och kommunen¹⁰⁷.

Utöver denna grundfinansiering tillkommer användaravgifter för tjänsterna. Dessa är rörliga, prospektiva och baseras på tid (till exempel hemsjukvård och dagvård) eller per utförd åtgärd (till exempel färdiglagade måltider)¹⁰⁸. Brukare kan dock undantas från hela eller delar av användaravgiften om de har ett tillräckligt omfattande hjälpbehov och faller under en

96 Davies, Peter. (2011): A glimpse of the future of healthcare. *British Medical Journal* 342 (2 April), s. 738-739.

97 Torbay council och Torbay Care Trust. (2005): *Partnership agreement relating to the proposed Torbay Care Trust.*; Thistlethwaite, Peter. (2011): *Integrating health and social care in Torbay.* London: The King's Fund.

98 Thistlethwaite, Peter. (2011): *Integrating health and social care in Torbay.* London: The King's Fund.

99 Ibid.

100 Weatherly, Helen et al. (2010): *Financial Integration across Health and Social Care: Evidence Review.* Edinburgh: Scottish Government Social Research.; Department of Health. (2011): *Resource Allocation: Weighted Capitation Formula (Seventh Edition).* Leeds: Department of Health.

101 Department of Health. (2011): *Resource Allocation: Weighted Capitation Formula (Seventh Edition).* Leeds: Department of Health.

102 Commission on Funding of Care and Support. (2011): *Fairer Care Funding: Analysis and evidence supporting the recommendations of the Commission on Funding of Care and Support.* Department of Health.; Charlesworth, Anita och Thorlby, Ruth. (2012): *Reforming social care: options for funding.* London: Nuffield Trust.

103 Commission on Funding of Care and Support. (2011): *Fairer Care Funding: Analysis and evidence supporting the recommendations of the Commission on Funding of Care and Support.* Department of Health.

104 Alaszewski, Andy et al. (2003): *Providing integrated health and social care for older persons in the United Kingdoms.* Canterbury: PROCARE.; Charlesworth, Anita och Thorlby, Ruth. (2012): *Reforming social care: options for funding.* London: Nuffield Trust.

105 Torbay council och Torbay Care Trust. (2005): *Partnership agreement relating to the proposed Torbay Care Trust.*

106 Ibid.

107 Torbay Care Trust. (2011): *Annual Report 2010/11.* Torbay: Torbay Care Trust.

108 Torbay council och Torbay Care Trust. (2005): *Partnership agreement relating to the proposed Torbay Care Trust.*

viss förmögenhetsgräns. Gränserna för att undantas från användaruppgifterna bestäms av den individuella kommunen, men personer med tillgångar på över £23 250 (ca 250 000 kr) måste i regel betala hela avgiften¹⁰⁹.

Slutligen har TCT varit aktiv deltagare i olika nationella pilotprojekt för integrerad vård¹¹⁰ respektive informationsutbyten mellan NHS och Kaiser Permanente¹¹¹, vilket gett stiftelsen riktade projektmedel från det brittiska hälsodepartementet. Till exempel fick man ett fast, prospektivt projektanslag på £ 156 000 (ca 1,7 miljoner kronor) under åren 2009-2011 för att minska undvikbara sjukhusvistelser och underlätta utskrivningen av äldre¹¹².

Anställda inom TCT betalas en prospektiv fast lön, utan extra ersättningar för måluppfyllelse¹¹³.

Många tjänster levereras internt av TCT, men stiftelsen köper även tjänster från externa vårdgivare. Social omsorg från externa utförare i form av hemhjälp och vård- och omsorgsboende, korttidsboende samt dagvård är föremål för kundval och upphandlas utifrån ett ramavtal¹¹⁴. Detta innebär att TCT betalar en prospektiv rörlig ersättning per nedlagd tid, vars nivå fastslås i samband med att ramavtalet tecknas.

Vårdcentraler betalas dels en fast prospektiv kapitering anpassad efter de registrerade patienternas ålder, kön och dödlighet, patientomsättningen och geografiska skillnader i kostnadsnivå, till exempel med avseende på lönenivåer och befolkningstäthet¹¹⁵. Till detta kommer en prospektiv ersättning för måluppfyllelse relaterad till kliniska och patientnöjdhetsbaserade resultatmått samt organisatoriska och utbudsmässiga struktur- och processmått.

Den externa sjukhusvård som köps in ersätts med ett fast prospektivt anslag för en på förhand avtalad mängd tjänster, där tjänster utöver denna mängd ersätts med en rörlig retrospektiv ersättning per utförd åtgärd¹¹⁶.

PRISMA (Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy), Kanada

PRISMA var ett koordinerat samordningssystem med äldre-fokus som riktade sig till äldre personer i delstaten Québec som fortfarande bodde i egen bostad men som använde sig av två eller flera olika sjukvårds- och omsorgstjänster¹¹⁷. Systemet syftade till att koordinera det

109 Systemet kritiserades i en offentlig utredning 2011 för att utarma de individuella brukarnas förmögenhet innan de får rätt till offentligfinansierad hjälp, se Commission on Funding of Care and Support. (2011): Fairer Care Funding: Analysis and evidence supporting the recommendations of the Commission on Funding of Care and Support. Department of Health.

110 RAND Europe och Ernst & Young LLP. (2012): National Evaluation of the DH Integrated Care Pilots. Cambridge: RAND Corporation.

111 Thistlethwaite, Peter. (2011): Integrating health and social care in Torbay. London: The King's Fund.

112 RAND Europe och Ernst & Young LLP. (2012): National Evaluation of the DH Integrated Care Pilots. Cambridge: RAND Corporation.

113 Torbay Care Trust. (2011): Annual Report 2010/11. Torbay: Torbay Care Trust.

114 Torbay Care Trust. (2009): Any Willing Provider Policy. Torbay: Torbay Care Trust.

115 NHS. (2012): GMS finance. <http://www.nhsemployers.org/PayAndContracts/GeneralMedicalServicesContract/GMSfinance/Pages/GMSFinance.aspx> Senast besökt: 2012-09-17.

116 Nuffield Trust. (2009): Removing the policy barriers to integrated care: The Torbay experience. London: Nuffield Trust.

117 Hébert, Réjean et al. (2008): The effectiveness of the PRISMA integrated service delivery network: preliminary report on methods and baseline data. *International Journal of Integrated Care* 8 (1), s. 1-15.

lokala nätverket av vårdleverantörer¹¹⁸ för att underlätta för äldre att bo kvar i det egna hemmet så länge som möjligt¹¹⁹.

PRISMA började som ett samarbete mellan två forskningsteam, vård- och omsorgsnätverket inom Québecs hälso- och socialtjänstministerium och de lokala sjukvårdsmyndigheterna i fem distrikt i Québec¹²⁰, vilket innebar att initiativet hade stöd av ledande chefer inom de berörda organisationerna¹²¹ samt av riktlinjer från centralt håll¹²². Initiativet var i bruk mellan 1997-2006¹²³, då det infördes i tre distrikt med totalt cirka 180 000 invånare, varav cirka 13 procent var äldre än 65¹²⁴. Även efter att projektet formellt avslutats har det fortsatt att påverka hälsodepartementets riktlinjer om vård av sköra äldre¹²⁵ och inspirerat till en sammanslagning av hemtjänst, sjukhus och vård- och omsorgsboenden till ett gemensamt hälso- och socialtjänstscener, Centre de santé et de services sociaux (CSSS), med uppdrag att sluta avtal med lokala organisationer för att skapa lokala servicenätverk¹²⁶. Det finns även ett uttalat mål att införa PRISMA:s övriga principer i hela Québec¹²⁷.

Samordningssystemet inbegrep akutvård, långvård, rehabilitering och omsorgstjänster i området¹²⁸, vilka samordnades genom en blandning av ömsesidiga kontrakt och hierarkisk styrning¹²⁹. Samordningssystemet hade en gemensam styrelse med representanter från de olika hälso- och omsorgsorganisationerna som ingick i nätverket¹³⁰. Styrelsen satte upp en gemensam strategi för nätverket och beslutade om storleken och allokeringen av den budget som användes för att finansiera de gemensamma delarna av projektet¹³¹. Det praktiska utförandet av tjänsterna övervakades av en koordineringskommitté bestående av sjukvårdspersonal och

118 Curry, Natasha och Ham, Chris. (2010): *Clinical and service integration: The route to improved outcomes*. London: King's Fund.

119 Kodner, Dennis L. (2006): *Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons*. *Health and Social Care in the Community* 14 (5), s. 384-390.

120 Hébert, Réjean, Tourigny, André och Gagnon, Maxime. (ed.) (2005): *Integrated service delivery to ensure persons' functional autonomy*. Québec: Edisem.

121 Hébert, Réjean, Tourigny, André och Raïche, Michel. (ed.) (2008): *Volume II: Integration of Services for Disabled People: Research Leading to Action*. Québec: Edisem.

122 Ibid.

123 Hébert, Réjean et al. (2003): *PRISMA: a new model of Integrated Service Delivery for the Frail Older People in Canada*. *International Journal of Integrated Care* 3, s. 1-10.; Dubuc, Nicole et al. (2011): *Meeting the home-care needs of disabled older persons living in the community: does integrated services delivery make a difference?* *BMC Geriatrics* 11 (67)

124 Hébert, Réjean och Veil, A. A. (2004): *Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system*. *International Journal of Integrated Care* 4, s. 1-7.;

125 Hébert, Réjean, Tourigny, André och Gagnon, Maxime. (ed.) (2005): *Integrated service delivery to ensure persons' functional autonomy*. Québec: Edisem.; Hébert, Réjean, Tourigny, André och Raïche, Michel. (ed.) (2008): *Volume II: Integration of Services for Disabled People: Research Leading to Action*. Québec: Edisem.

126 Hébert, Réjean, Tourigny, André och Raïche, Michel. (ed.) (2008): *Volume II: Integration of Services for Disabled People: Research Leading to Action*. Québec: Edisem.; Hébert, Réjean. (2011): *PRISMA: a good example of transferring research evidence into public policy*. *International Journal of Integrated Care* 11, s. 1-3.; MacAdam, Margaret och MacKenzie, Stephanie. (2008): *System Integration in Quebec: The Prisma Project*. *Health Policy Monitor*.

127 Ministère de la Santé et des Services sociaux och Ministère de la Famille et des Aînés. (2011): *Aging and Living Together: At Home, in One's Community*, in Québec. Québec: Gouvernement du Québec.; Hébert, Réjean. (2011): *PRISMA: a good example of transferring research evidence into public policy*. *International Journal of Integrated Care* 11, s. 1-3.

128 Kodner, Dennis L. (2006): *Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons*. *Health and Social Care in the Community* 14 (5), s. 384-390.

129 Curry, Natasha och Ham, Chris. (2010): *Clinical and service integration: The route to improved outcomes*. London: King's Fund.

130 Ibid.; Hébert, Réjean och Veil, A. A. (2004): *Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system*. *International Journal of Integrated Care* 4, s. 1-7.

131 Ibid.; Hébert, Réjean et al. (2003): *PRISMA: a new model of Integrated Service Delivery for the Frail Older People in Canada*. *International Journal of Integrated Care* 3, s. 1-10.

brukarrepresentanter. Kommittén medlade vid konflikter¹³², följde upp koordinationsmekanismerna och anpassade tjänsterna vid behov¹³³.

Samordningen underlättades av två verktyg. Alla nätverkets medlemmar använde sig av ett gemensamt diagnostikinstrument, SMAF (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle),¹³⁴ som mäter klienternas förmåga att klara sig självständigt¹³⁵. SMAF delade upp brukarna upp i en av fjorton diagnosgrupper med liknande vårdbehov och en individuell standardkostnad knuten till dessa¹³⁶. Nätverket hade även ett samordnat dokumentationssystem¹³⁷ som kunde användas för att efterfråga tjänster från andra vårdgivare¹³⁸ och var tillgängligt för samtliga utförarorganisationer¹³⁹.

PRISMA hade en gemensam ingång i systemet dit de äldre antingen remitterades av en vårdgivare eller själva kunde vända sig¹⁴⁰. Individer som kvalificerade sig för projektet tilldelades en vårdkoordinator som bedömde behov och la upp en individuell vårdplan i samråd med ett multidisciplinärt team av samtliga vård- och omsorgsgivare involverade i den enskildes vård och omsorg¹⁴¹. Detta inbegrep särskilt vårdtagarens husläkare, som var vårdkoordinatorns främsta samarbetspartner och ansvarade för att remittera till annan medicinsk vård¹⁴². Efter vårdplanens fastställande beställde vårdkoordinatorn det beslutade paketet av tjänster samt koordinerade och följde upp den levererade vården¹⁴³.

132 Hébert, Réjean et al. (2003): PRISMA: a new model of Integrated Service Delivery for the Frail Older People in Canada. *International Journal of Integrated Care* 3, s. 1-10.

133 Ibid.; Hébert, Réjean och Veil, A. A. (2004): Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system. *International Journal of Integrated Care* 4, s. 1-7.; Hébert, Réjean, Tourigny, André och Raïche, Michel. (ed.) (2008): Volume II: Integration of Services for Disabled People: Research Leading to Action. Quebec: Edisem..

134 Ibid.; Somme, Dominique et al. (2007): The individualized service plan as a clinical integration tool: qualitative analysis in the Quebec PRISMA experiment. *International Journal of Integrated Care* 7, s. 1-13.;

135 ADL (vitala aktiviteter i det dagliga livet), rörlighet, kommunikationsförmåga, mental förmåga och IADL (icke-vitala aktiviteter i det dagliga livet), se Tousignant, Michel et al. (2003): Application of a case-mix classification based on the functional autonomy of the residents for funding long term care facilities. *Age and Ageing* 32, s. 60-66. och Hébert, Réjean, Tourigny, André och Gagnon, Maxime. (ed.) (2005): Integrated service delivery to ensure persons' functional autonomy. Quebec: Edisem.

136 Hébert, Réjean et al. (2003): PRISMA: a new model of Integrated Service Delivery for the Frail Older People in Canada. *International Journal of Integrated Care* 3, s. 1-10.; Hébert, Réjean och Veil, A. A. (2004): Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system. *International Journal of Integrated Care* 4, s. 1-7.

137 Somme, Dominique et al. (2007): The individualized service plan as a clinical integration tool: qualitative analysis in the Quebec PRISMA experiment. *International Journal of Integrated Care* 7, s. 1-13.; Hébert, Réjean, Tourigny, André och Raïche, Michel. (ed.) (2008): Volume II: Integration of Services for Disabled People: Research Leading to Action. Quebec: Edisem.

138 Hébert, Réjean, Tourigny, André och Gagnon, Maxime. (ed.) (2005): Integrated service delivery to ensure persons' functional autonomy. Quebec: Edisem.

139 Hébert, Réjean et al. (2003): PRISMA: a new model of Integrated Service Delivery for the Frail Older People in Canada. *International Journal of Integrated Care* 3, s. 1-10.

140 Ibid.; Hébert, Réjean och Veil, A. A. (2004): Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system. *International Journal of Integrated Care* 4, s. 1-7.; Hébert, Réjean, Tourigny, André och Raïche, Michel. (ed.) (2008): Volume II: Integration of Services for Disabled People: Research Leading to Action. Quebec: Edisem.

141 Hébert, Réjean et al. (2003): PRISMA: a new model of Integrated Service Delivery for the Frail Older People in Canada. *International Journal of Integrated Care* 3, s. 1-10.; Somme, Dominique et al. (2007): The individualized service plan as a clinical integration tool: qualitative analysis in the Quebec PRISMA experiment. *International Journal of Integrated Care* 7, s. 1-13.; Hébert, Réjean, Tourigny, André och Raïche, Michel. (ed.) (2008): Volume II: Integration of Services for Disabled People: Research Leading to Action. Quebec: Edisem.

142 Ibid.

143 Hébert, Réjean et al. (2003): PRISMA: a new model of Integrated Service Delivery for the Frail Older People in Canada. *International Journal of Integrated Care* 3, s. 1-10.; Hébert, Réjean och Veil, A. A. (2004): Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system. *International Journal of Integrated Care* 4, s. 1-7.

Ersättningssystemets utformning

Bortsett från viss akut- och primärvård som regleras i nationell lag hanteras Kanadas sjukvårdssystem på regional nivå¹⁴⁴. I Québec är både sjukvård och social omsorg skattefinansierad och pengarna fördelas geografiskt till de lokala sjukvårdsmyndigheterna baserat på en anpassad historisk budget, det vill säga ett retrospektivt rörligt anslag¹⁴⁵. Från och med 2004 ändrades denna metod gradvis till en prospektiv, fast kapiteringsmodell anpassad efter vårdtyngd, geografiska omständigheter (t.ex. befolkningstäthet) och eventuella specialistresurser, som universitetssjukhus¹⁴⁶. Finansiering blev även negativt villkorat enligt vissa absoluta och rörliga processmått relaterade till effektivitet och tjänsteutnyttjande. De delar av sjukvårdssystemet som finansierades av nationella bidrag erhöll även de ett fast prospektivt bidrag per individ¹⁴⁷.

Till detta kom en användaravgift för vistelser på sjukhus och vård- och omsorgsboenden. Denna avgift var prospektiv och rörlig baserat på tiden som spenderades på boendet, med en anpassning efter individuell finansiell förmåga¹⁴⁸.

”Nätverksspecifika” funktioner, som vårdkoordinatorer och det integrerade dokumentationssystemet, finansierades genom den gemensamma budget som var knuten till samarbetsnätverket¹⁴⁹. Denna budget bestod i första hand av centralt allokerade pengar från Québecs hälso- och socialtjänstministerium¹⁵⁰. De individuella medlemmarna i nätverket sökte även olika generella regionala bidrag för att stödja innovativa tjänster för äldre som lades till den gemensamma budgeten¹⁵¹. I bägge fallen bestod pengarna av fasta, prospektiva projektmedel. Den sista delen av budgeten var finansieringen av vårdkoordinator-funktionen, som bestod av en fast, prospektiv summa från de lokala sjukvårdsmyndigheterna baserat på antalet individer som omfattades av tjänsten¹⁵². I fall där budgeten inte räckte för att finansiera funktionerna bidrog kommunerna med pengar från sina egna operativa budgetar, till exempel när det gällde finansieringen av vårdkoordinator-funktionen¹⁵³.

144 Marchildon, Gregory P. (2005): *Health Systems in Transition: Canada*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.; Vedel, Isabelle et al. (2011): *Ten years of integrated care: backwards and forwards. The case of the province of Québec, Canada*. *International Journal of Integrated Care* 11, s. 1-11.

145 Ministère de la Santé et des Services sociaux och Agence de la Santé et des Services Sociaux de l'Estrie. (2005): *Entente de gestion et d'imputabilité 2005-2006*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux;.

146 Ibid.

147 Marchildon, Gregory P. (2005): *Health Systems in Transition: Canada*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

148 Régie de l'assurance maladie du Québec. (2012): *The Financial Contribution by Accommodated Adults*. Québec;: Régie de l'assurance maladie du Québec;.

149 Hébert, Réjean et al. (2003): *PRISMA: a new model of Integrated Service Delivery for the Frail Older People in Canada*. *International Journal of Integrated Care* 3, s. 1-10.; Hébert, Réjean och Veil, A. A. (2004): *Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system*. *International Journal of Integrated Care* 4, s. 1-7.; Curry, Natasha och Ham, Chris. (2010): *Clinical and service integration: The route to improved outcomes*. London: King's Fund.

150 Hébert, Réjean, Tourigny, André och Raïche, Michel. (ed.) (2008): *Volume II: Integration of Services for Disabled People: Research Leading to Action*. Québec: Edisem.; MacAdam, Margaret och MacKenzie, Stephanie. (2008): *System Integration in Quebec: The Prisma Project*. Health Policy Monitor.

151 Hébert, Réjean, Tourigny, André och Gagnon, Maxime. (ed.) (2005): *Integrated service delivery to ensure persons' functional autonomy*. Québec: Edisem.

152 Hébert, Réjean, Tourigny, André och Raïche, Michel. (ed.) (2008): *Volume II: Integration of Services for Disabled People: Research Leading to Action*. Québec: Edisem.

153 Ibid.; Hébert, Réjean, Tourigny, André och Gagnon, Maxime. (ed.) (2005): *Integrated service delivery to ensure persons' functional autonomy*. Québec: Edisem..

I motsats till de funktioner som var specifika för nätverket fastslogs avgifterna för de normala vårdtjänsterna mellan medlemmarna i nätverket i deras respektive avtal med varandra¹⁵⁴. Offentligt drivna sjukhus och Centre Local de Services Communautaires (CLSC), som var en kombination av vårdcentraler och socialtjänstcenter, tilldelades en retrospektiv, rörlig budget¹⁵⁵, baserad på nationella och regionala verksamhetsmål¹⁵⁶. Likt den regionala fördelningen av medel fick även dessa budgetar med tiden ett allt större inslag av målbaserad ersättning som var negativt villkorad enligt uppfyllelsen av vissa absoluta och rörliga processmål¹⁵⁷.

Vårdkoordinatorerna¹⁵⁸ och sjukvårdspersonal vid kommunala sjukhus¹⁵⁹ fick en prospektiv fast ersättning per period i form av en fast lön. Detta kan kontrasteras mot privata allmänläkare, som kunde välja mellan att få en retrospektiv rörlig ersättning per utförd åtgärd, en prospektiv fast ersättning per period i form av antingen lön eller en fast avgift eller en blandning av rörlig ersättning per åtgärd och en prospektiv fast ersättning per period för att täcka administrativa kostnader¹⁶⁰. En klar majoritet ersattes dock per åtgärd¹⁶¹.

Hemtjänst i offentlig regi var även den CLSC:ernas ansvar och föll under deras budget¹⁶². Därutöver var det möjligt för enskilda brukare att själv anställa en hemtjänstassistent eller hyra tjänster av en firma för en prospektiv rörlig ersättning per timme som beslutades och antingen betalades helt¹⁶³ eller delvis¹⁶⁴ av myndigheterna.

Vård- och omsorgsboenden ersattes slutligen med en prospektiv fast ersättning baserad på en kapitering anpassad efter klienternas vårdtyngd¹⁶⁵, kombinerat med användaravgifter (se ovan). Korttidsboenden fick istället en prospektiv rörlig ersättning per dag¹⁶⁶. Det förekom

154 Hébert, Réjean et al. (2003): *PRISMA: a new model of Integrated Service Delivery for the Frail Older People in Canada*. *International Journal of Integrated Care* 3, s. 1-10.; Hébert, Réjean, Tourigny, André och Gagnon, Maxime. (ed.) (2005): *Integrated service delivery to ensure persons' functional autonomy*. Québec: Edisem.

155 Marchildon, Gregory P. (2005): *Health Systems in Transition: Canada*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.; Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009): *Focus on the Québec health and social services system*. Québec: Gouvernement du Québec.

156 Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie. (2005): *Programme-services Services généraux - Volets activités cliniques, d'aide et activités médicales*. Québec: Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie.; Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie. (2005): *Programme-services perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) - 2005-2010*. Québec: Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie.

157 Ibid..

158 Hébert, Réjean och Veil, A. A. (2004): *Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system*. *International Journal of Integrated Care* 4, s. 1-7.; Hébert, Réjean, Tourigny, André och Raïche, Michel. (ed.) (2008): *Volume II: Integration of Services for Disabled People: Research Leading to Action*. Québec: Edisem.

159 Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009): *Focus on the Québec health and social services system*. Québec: Gouvernement du Québec.; Marchildon, Gregory P. (2005): *Health Systems in Transition: Canada*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

160 Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009): *Focus on the Québec health and social services system*. Québec: Gouvernement du Québec.

161 Hébert, Réjean, Tourigny, André och Raïche, Michel. (ed.) (2008): *Volume II: Integration of Services for Disabled People: Research Leading to Action*. Québec: Edisem.; Vedel, Isabelle et al. (2011): *Ten years of integrated care: backwards and forwards. The case of the province of Québec, Canada*. *International Journal of Integrated Care* 11, s. 1-11.; Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009): *Focus on the Québec health and social services system*. Québec: Gouvernement du Québec.

162 Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009): *Focus on the Québec health and social services system*. Québec: Gouvernement du Québec.; Services Québec. (2012): *Programs and Services for Seniors*. Québec: Gouvernement du Québec.

163 Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009): *If you are receiving assistance: Home care services and the service employment paycheque*. Québec: Gouvernement du Québec.

164 Services Québec. (2012): *Programs and Services for Seniors*. Québec: Gouvernement du Québec.

165 Tousignant, Michel et al. (2003): *Application of a case-mix classification based on the functional autonomy of the residents for funding long term care facilities*. *Age and Ageing* 32, s. 60-66.

166 Ibid.

även att privatpersoner eller företag erbjöd rum eller lägenheter för äldre som innefattade vardagstjänster såsom städning eller personlig assistans¹⁶⁷. Dessa bekostades av individen själv genom en prospektiv rörlig hyra per tidsperiod.

PGB (persoonsgebonden budget), Nederländerna

Den personliga vårbudgeten, PGB, i Nederländerna är ett nationellt samordningssystem på individnivå och fungerar som ett frivilligt alternativ till den traditionella inköpsfunktionen för personer i behov av vård och omsorg¹⁶⁸. Av en befolkning på 17 miljoner 2010 hade cirka 3,5 procent rätt till kontinuerlig vård och omsorg, varav 20,5 procent eller 123 000 personer hade valt en personlig vårbudget¹⁶⁹. Detta kan jämföras med att 15,6 procent av befolkningen eller cirka 2,6 miljoner personer uppskattades vara 65 år eller äldre år 2011¹⁷⁰. PGB infördes 1996 med de dubbla målen att öka valfriheten i sjukvårdssystemet och sänka kostnaderna genom att göra individer personligt ansvariga för att hushålla med sin egen vårbudget¹⁷¹. Sedan dess har efterfrågan på PGB ökat kraftigt, med resultatet att budgeten för 2010 tog slut redan i juli¹⁷². Detta fick följden att regeringen begränsade kriterierna för nya sökande till att endast omfatta vård utanför hemmet¹⁷³ och minskade bidraget till PGB¹⁷⁴, samtidigt som budgeten lagts under kommunerna¹⁷⁵.

PGB innebär inte en organisatorisk samordning, utan överlåter åt den individuella tjänsteköparen att skapa länkar mellan tjänsteutövarna. Systemet omfattar kronisk sjukvård, hjälp med dagliga aktiviteter, särskilt boende och stöd såsom dagvård och träning i att hantera ett handikapp¹⁷⁶. Övrig sjukvård faller under den vanliga sjukvårdsförsäkringen Zvw (Zorgverzekeringswet), medan hemtjänst och tekniska hjälpmedel faller under den kommunala socialtjänsten WMO (Wet maatschappelijke ondersteuning)¹⁷⁷.

När en individ ansöker om stöd görs en vårdbedömning som fastställer den typ och mängd av vård som han eller hon har rätt till. Personen kan sedan välja mellan att få en PGB, välja en vårdgivare som har avtal med myndigheten eller att använda sig av en blandning av båda

167 Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009): Focus on the Québec health and social services system. Québec: Gouvernement du Québec.

168 White, Caroline. (2011): The personal touch – The Dutch experience of personal health budgets. London: Health Foundation.; Schäfer, Willemijn et al. (ed.) (2010): The Netherlands: Health system review. United Kingdom: European Observatory on Health Systems and Policies.; State Secretary for Health, Welfare and Sport. (2011): Programme letter concerning long-term care.

169 State Secretary for Health, Welfare and Sport. (2011): Programme letter concerning long-term care.

170 CIA. (2012-07-05): The World Factbook: Netherlands. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/nl.html> Senast besökt: 2012-07-20.

171 Ex, Carine, Gorter, Klaas och Janssen, Uschi. (2003): Providing integrated health and social care for older persons in the Netherlands. Utrecht: PROCARE.; White, Caroline. (2011): The personal touch – The Dutch experience of personal health budgets. London: Health Foundation.

172 White, Caroline. (2011): The personal touch – The Dutch experience of personal health budgets. London: Health Foundation.

173 Government of the Netherlands. (2012-07-20): Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz> Senast besökt: 2012-07-20.; State Secretary for Health, Welfare and Sport. (2011): Programme letter concerning long-term care.

174 White, Caroline. (2011): The personal touch – The Dutch experience of personal health budgets. London: Health Foundation.

175 State Secretary for Health, Welfare and Sport. (2011): Programme letter concerning long-term care.

176 Ibid.; Schäfer, Willemijn et al. (ed.) (2010): The Netherlands: Health system review. United Kingdom: European Observatory on Health Systems and Policies.

177 Ibid.

systemen¹⁷⁸. Budgeten beslutas för högst ett år i taget och betalas ut direkt till mottagarens bankkonto mellan en gång i månaden och en gång om året beroende på budgetens storlek¹⁷⁹.

Budgetinnehavaren väljer själv vårdgivare och betalar samtliga kostnader¹⁸⁰. Detta skapar större möjligheter till kollektiv koordinering mellan olika yrkesgrupper, men delegerar ansvaret för samordningen till den individuella vårdtagaren. Vårdgivaren kan vara en professionell vårdgivarorganisation eller vårdare, en anhörig, vän eller granne. Det ställs inga formella kvalitets- eller utbildningskrav för att få anlitas med hjälp av PGB¹⁸¹. Det har till exempel förekommit att personer gått samman och arrangerat sin vård gemensamt genom en stiftelse. PGB innebär dock att vårdtagaren kan få ett arbetsgivaransvar för vårdgivaren¹⁸².

Ersättningssystemets utformning

Nederländerna har ett fokus på individuella lösningar och alla medborgare har krav på sig att teckna ett standardiserat paket av privata hälsoförsäkringar (Zvw) som täcker grundläggande sjukvård och läkarbesök¹⁸³. Därutöver omfattas de av en offentlig sjukförsäkring (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ) som finansieras genom sociala avgifter på ca 12 procent av lönen upp till en maxgräns på ca 3 800 euro (32 000 kronor) per år¹⁸⁴. Pengarna läggs i en central fond där uttag görs allt eftersom personer beviljas bidrag¹⁸⁵. AWBZ täcker långsiktig vård och "exceptionella" sjukvårdskostnader, till exempel som följd av ett fysiskt eller psykiskt funktionshinder¹⁸⁶.

PGB skapades ursprungligen inom ramen för AWBZ som ett alternativ för personer med förhållandevis kortsiktiga vårdbehov, men har sedan dess utökats till att omfatta en större grupp. En fast, prospektiv budget i form av en andel av fonden (10 procent under år 2010) är vikt till den personliga vårbudgeten¹⁸⁷. Historiskt sett har regeringen skjutit till mer pengar när andelen överskridits, men 2010 tvingades prospektiva budgetinnehavare istället att ställa sig på väntelista.

I motsats till de centrala medlen är de individuella vårbudgetarna retrospektiva, rörliga och utformade som en kostnadsersättning. Den budget som betalas ut baseras på intensiteten och komplexiteten av de vårdåtgärder som beviljats. Detta jämförs med en uppsättning standardiserade dagstaxor på mellan €55 och €300 (450-2 500 kronor) för olika vårdpaket

¹⁷⁸ Decruynaere, Elke. (2010): *The personal budget (PGB) in the Netherlands*. Gentbrugge: Expertise Centre Independent Living.; Schäfer, Willemijn et al. (ed.) (2010): *The Netherlands: Health system review*. United Kingdom: European Observatory on Health Systems and Policies.; White, Caroline. (2011): *The personal touch – The Dutch experience of personal health budgets*. London: Health Foundation.

¹⁷⁹ White, Caroline. (2011): *The personal touch – The Dutch experience of personal health budgets*. London: Health Foundation.

¹⁸⁰ Ibid.

¹⁸¹ Schäfer, Willemijn et al. (ed.) (2010): *The Netherlands: Health system review*. United Kingdom: European Observatory on Health Systems and Policies. Decruynaere, Elke. (2010): *The personal budget (PGB) in the Netherlands*. Gentbrugge: Expertise Centre Independent Living.

¹⁸² White, Caroline. (2011): *The personal touch – The Dutch experience of personal health budgets*. London: Health Foundation.

¹⁸³ Ibid.; Schäfer, Willemijn et al. (ed.) (2010): *The Netherlands: Health system review*. United Kingdom: European Observatory on Health Systems and Policies.

¹⁸⁴ Schäfer, Willemijn et al. (ed.) (2010): *The Netherlands: Health system review*. United Kingdom: European Observatory on Health Systems and Policies.

¹⁸⁵ Ibid.

¹⁸⁶ Schäfer, Willemijn et al. (ed.) (2010): *The Netherlands: Health system review*. United Kingdom: European Observatory on Health Systems and Policies.; Decruynaere, Elke. (2010): *The personal budget (PGB) in the Netherlands*. Gentbrugge: Expertise Centre Independent Living.; White, Caroline. (2011): *The personal touch – The Dutch experience of personal health budgets*. London: Health Foundation.

¹⁸⁷ White, Caroline. (2011): *The personal touch – The Dutch experience of personal health budgets*. London: Health Foundation.

för att fastställa individens sjukvårdsbudget¹⁸⁸. För personer äldre än 18 år görs sedan ett avdrag per månad (högst 33 procent för social omsorg och 20 procent för sjukvård) baserat på årsinkomsten, som individen får bekosta själv¹⁸⁹. Värdet som beviljas i en PGB är 25 procent lägre än motsvarande bidrag för vård inom det befintliga omvårdnadssystemet eftersom en personlig budget antas medföra lägre centrala kostnader¹⁹⁰.

Den faktiska användningen av pengarna redovisas för myndigheten 1-2 gånger per år, beroende på summans storlek, och eventuella överskott återbetalas till den centrala fonden¹⁹¹. Detta sker i 10-15 procent av fallen. Eftersom brukaren själv betalar för den vård som köps in finns även en möjlighet att spendera mer pengar än vad som tillhandahållits inom sjukvårdsbudgeten¹⁹².

Enskilda vårdgivare ersätts på en prospektiv, rörlig basis baserat på vårdtid. Traditionellt har detta tagit formen av lön per timme, där vårdgivaren fungerar som en personlig assistent anställd direkt av brukaren¹⁹³. Dock finns det även företag som erbjuder mer omfattande vård, till exempel "vårdbondgårdarna" som erbjuder dagvård i lantmiljö¹⁹⁴. Dessa ersätts istället med en prospektiv, rörlig summa per dag¹⁹⁵.

System för sammanhållen vård och omsorg, Singapore

Singapore har ett regionalt samordnat system som täcker hela öriket med dess 3,8 miljoner invånare, varav cirka 350 000 eller 9,2 procent är över 65¹⁹⁶. Systemet koordinerar all vård och omsorg i det 800 km² stora landet (cirka 12 procent av Stockholms läns landmassa)¹⁹⁷ med ett särskilt fokus på äldre medborgare med flera kroniska sjukdomar¹⁹⁸. Landet har bland annat en särskild Myndighet för Integrerad Vård (MIV) som inrättades av Hälsodepartementet 2009¹⁹⁹. Syftet med integrationen är att hantera kostnaderna och kvalitetsriskerna som följer av en snabbt åldrande befolkning, där en av fem medborgare beräknas vara över 65 år 2030²⁰⁰. Genom preventiv vård och genom att patienten smidigt slussas ut från

188 Ibid. Schäfer, Willemijn et al. (ed.) (2010): *The Netherlands: Health system review*. United Kingdom: European Observatory on Health Systems and Policies.

189 White, Caroline. (2011): *The personal touch – The Dutch experience of personal health budgets*. London: Health Foundation.

190 Ibid. Decruynaere, Elke. (2010): *The personal budget (PGB) in the Netherlands*. Gentbrugge: Expertise Centre Independent Living.

191 White, Caroline. (2011): *The personal touch – The Dutch experience of personal health budgets*. London: Health Foundation.

192 Ibid.; Ex, Carine, Gorter, Klaas och Janssen, Uschi. (2003): *Providing integrated health and social care for older persons in the Netherlands*. Utrecht: PROCARE.

193 Ex, Carine, Gorter, Klaas och Janssen, Uschi. (2003): *Providing integrated health and social care for older persons in the Netherlands*. Utrecht: PROCARE.; Decruynaere, Elke. (2010): *The personal budget (PGB) in the Netherlands*. Gentbrugge: Expertise Centre Independent Living.

194 de Bruin, Simone R. (2009): *Sowing in the autumn season: Exploring benefits of green care farms for dementia patients* (PhD Thesis). Wageningen: Graduate School of Wageningen Institute of Animal Sciences.

195 Hassink, J., et al. (2007): *Current status and potential of care farms in the Netherlands*. NJAS Wageningen Journal of Life Sciences 55 (1), s. 21-36.

196 Singapore Department of Statistics. (2012): *Home: Statistics: Latest Data*. <http://www.singstat.gov.sg/stats/latestdata.html> Senast besökt: 2012-09-10.; CIA. (2012-09-10): *The World Factbook: Singapore*. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/sn.html> Senast besökt: 2012-09-18.

197 FutureGov. (2011): *First Phase of Singapore National EHR goes live*. <http://www.futuregov.asia/articles/2011/may/03/first-phase-singapore-national-ehr-goes-live/> Senast besökt: 2012-08-31.

198 Singapore Department of Statistics. (2012): *Home: Statistics: Latest Data*. <http://www.singstat.gov.sg/stats/latestdata.html> Senast besökt: 2012-09-10.

199 Agency for Integrated Care. (2012): *Home: About Us*. <http://www.aic.sg/page.aspx?id=127> Senast besökt: 2012-08-31.

200 Committee on Ageing Issues. (2006): *Report on the Ageing Population Singapore*. Ministry of Community Development, Youth and Sports.

akutsjukhus och vidare till en lägre vårdnivå²⁰¹ hoppas man kunna kombinera en patientcentrerad vård med långsiktig ekonomisk hållbarhet²⁰².

Singapore samordnar primärvård, specialistvård, hemsjukvård och sjukhem inom sex regionala kluster med målet att patienter ska kunna röra sig sömlöst mellan olika vårdgivare²⁰³. Samordningen sker framför allt genom ett nationellt dokumentationssystem, NEHR (National Electronic Health Records), som är gemensamt för alla sjukvårdgivare i landet och gör det lättare att röra sig mellan olika vårdnivåer²⁰⁴. Genom NEHR kan en patient teoretiskt sett kunna komma in i systemet var som helst och remitteras vidare till rätt nivå utan att information går förlorad. NEHR finansieras och implementeras centralt av samma bolag som äger landets övriga hälso- och sjukvårdstillgångar²⁰⁵.

Utöver den nationella sjukvårdssamordningen finns det flera samordningsinitiativ som riktar sig specifikt till äldre. Äldrevården samordnas nationellt genom det så kallade Centret för ett självständigt liv ("Centre for Enabled Living" på engelska), som informerar om äldrevård, administrerar socialbidrag och koordinerar sociala nätverk för äldre och anhörigvårdare²⁰⁶. Myndigheten för integrerad vård (Agency for Integrated Care, AIC) håller på att utveckla ett nationellt diagnostikinstrument för att samordna bedömningen av individers behov av hemhjälp och vård- och omsorgsboende²⁰⁷ och det finns ett riktat initiativ för att hjälpa äldre som just skrivits ut från sjukhus att få rätt vård och omsorg²⁰⁸. AIC koordinerar även sjukvårdsutförare och ideella organisationer genom programmet SPICE (Singapore Programme for Integrated Care for the Elderly) för att skapa dagvårdscenter med samordnad sjukvård och äldreomsorg inspirerat av PACE²⁰⁹. Slutligen driver Singapore flera pilotprojekt för modern teknologi, så kallad telehealth, för att integrera vård på olika nivåer. Ett exempel är att knyta samman sjukhus och sjukhem genom videokonferenser så att brukaren slipper besöka sjukhuset²¹⁰.

201 Singapore Department of Statistics. (2012): Home: Statistics: Latest Data. <http://www.singstat.gov.sg/stats/latestdata.html> Senast besökt: 2012-09-10., 23

202 FutureGov. (2011): First Phase of Singapore National EHR goes live. <http://www.futuregov.asia/articles/2011/may/03/first-phase-singapore-national-ehrgoes-live/> Senast besökt: 2012-08-31.

203 Ibid.

204 Ibid.

205 Ministry of Health Holdings. (2012): About MOH Holdings. http://www.mohh.com.sg/about_mohh.html Senast besökt: 2012-08-31.

206 ACCESS Health International. Interview with Dr. Lee Chien Earn (CEO CGH) & Dr. Lim Eng Kok (MOH) by Dr. Eti Bhasker Singapore.

207 Agency for Integrated Care. (2012): Home: About Us. <http://www.aic.sg/page.aspx?id=127> Senast besökt: 2012-08-31.

208 Agency for Integrated Care. (2012): Aged Care TransitiON (ACTION) Project. <http://www.aic.sg/page.aspx?id=721> Senast besökt: 2012-09-19.

209 Agency for Integrated Care. (2012): Singapore Programme for Integrated Care for the Elderly (SPICE). <http://www.aic.sg/page.aspx?id=782> Senast besökt: 2012-09-12.

210 ACCESS Health International. Interview with Ms. Ethel Koh (Khoo Teck Puat Hospital) by Ms. Claudia Olsson. Singapore:

Ersättningssystemets utformning

Sjukvården i Singapore finansieras till cirka 40 procent av offentliga medel genom skatteintäkter och till 60 procent av patientavgifter²¹¹. I synnerhet finansieras akutvården (upp till 80 procent av kostnaden²¹² beroende på typen av vård²¹³) och primärvård i offentlig regi (upp till 50 procent av kostnaden för vuxna och upp till 75 procent av kostnaden för barn och äldre²¹⁴) av offentliga medel. Dessutom subventioneras patientavgifterna till privata primärvårdsgivare för prioriterade grupper, till exempel patienter med specifika kroniska sjukdomar²¹⁵.

Patientavgifterna för vård och omsorg är rörliga, prospektiva och baseras på nedlagd tid beroende på vilken vård som ges²¹⁶. Undantaget är hemtjänst, som tar en rörlig retrospektiv ersättning per åtgärd eller en rörlig prospektiv ersättning per månad för ett paket av tjänster. Patientavgifterna betalas i första hand med hjälp av en obligatorisk sparform, MediSave, där en fast andel av månadslönen (7-9,5 procent beroende på ålder) skattefritt överförs till ett räntebärande konto²¹⁷. Pengarna på kontot används sedan för att betala individens sjukvårdsavgifter²¹⁸ samt för att betala premien till den allmänna sjukförsäkringen MediShield, som täcker allvarlig och långvarig sjukvård upp till 85 års ålder²¹⁹. Personer över 40 år täcks även av försäkringen ElderShield, som ger en månatlig kontantbetalning på \$300 eller \$400 (cirka 1 600-2 100 kronor) under 5-6 år för att hjälpa till att bekosta vård och omsorg i händelse av ett allvarligt handikapp²²⁰. Individer kan välja att gå ur både MediShield och ElderShield, men en majoritet av invånarna är medlemmar i åtminstone MediShield²²¹. Eventuella över-skott från MediSave utgör en del i personens dödsbo²²².

211 World Health Organisation. (2012): Global Health Expenditure Database. http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84662 Senast besökt: 2012-08-30.

212 Ministry of Health. (2012): Costs and Financing. http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing.html Senast besökt: 2012-08-31.

213 Ministry of Health. (2012-08-31): How MediShield Works. http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies/Medishield/How_MediShield_Works.html

214 Ministry of Health. (2012): Singapore Healthcare System. http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/our_healthcare_system.html Senast besökt: 2012-08-31.

215 Ministry of Health. (2012): Community Health Assist Scheme. http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies/Community_Health_Assist_Scheme.html Senast besökt: 2012-08-31.

216 Agency for Integrated Care. (2012): Eldercare Service Locator. <http://www.aic.sg/silverpages/eldercare/> Senast besökt: 2012-09-19.

217 Central Provident Fund Board. (2012): When I am no Longer Around. http://mycpf.cpf.gov.sg/CPF/Templates/MyCPF_PrinterFriendly_Template.aspx?NRMODE=Published&NRORIGINALURL=%2FCPF%2Fmy-cpf%2FHealthcare%2FPvdHC6.hit&NRNODEGUID=%7BC60BF243-0655-4974-833E-25063D771410%7D&NRCACHEHINT=Guest Senast besökt: 2012-09-10.

218 Ministry of Health. (2012): Schemes and Subsidies. http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies.html Senast besökt: 2012-08-31.

Ministry of Health. (2012): Subsidies for Government-funded Intermediate Long-Term Care Services. http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies/subsidies_for_government_funded_ILTC_services.html Senast besökt: 2012-08-31.

219 Ministry of Health. (2012): Costs and Financing. http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing.html Senast besökt: 2012-08-31.; Phua, K. H. (ed.) (2005): Singapore i Social Health Insurance: Selected Case Studies from Asia and the Pacific. World Health Organization SEARO and WPRO.

220 Ministry of Health. (2012): ElderShield. http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies/ElderShield.html Senast besökt: 2012-09-10.

221 Ibid.; Ministry of Health. (2012): Costs and Financing. http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing.html Senast besökt: 2012-08-31.; Phua, K. H. (ed.) (2005): Singapore i Social Health Insurance: Selected Case Studies from Asia and the Pacific. World Health Organization SEARO and WPRO.

222 Central Provident Fund Board. (2012): When I am no Longer Around. http://mycpf.cpf.gov.sg/CPF/Templates/MyCPF_PrinterFriendly_Template.aspx?NRMODE=Published&NRORIGINALURL=%2FCPF%2Fmy-cpf%2FHealthcare%2FPvdHC6.hit&NRNODEGUID=%7BC60BF243-0655-4974-833E-25063D771410%7D&NRCACHEHINT=Guest Senast besökt: 2012-09-10.

Privata försäkringar förekommer, men står för en mindre del av patientavgifterna; cirka 13 procent år 2010²²³. Medlen i MediSave kan användas för att bekosta vissa privata försäkringar, förutsatt att de är godkända av MediSave²²⁴. Personer som helt saknar medel att betala sin sjukvård kan även få hjälp genom statliga socialbidrag²²⁵.

Akut- och specialistvård sker i första hand i offentlig regi, medan 80 procent av primärvården sker i privat regi²²⁶. Offentliga vårdgivare tilldelas en rörlig retrospektiv budget som ersättning för vården av 70 vanliga diagnosgrupper och får en rörlig prospektiv ersättning per diagnosgrupp för övrig vård²²⁷. Dessutom tilldelas de extra pengar för forskningsaktiviteter och rekrytering²²⁸. Den offentliga finansieringen kompletteras av patientavgifterna²²⁹.

Äldreomsorg i form av hemtjänst och vård- och omsorgsboenden utförs i privat regi eller av ideella organisationer²³⁰. Äldrevård som utförs av ideella organisationer subventioneras efter en individuell bedömning av AIC medan äldrevård i privat regi kan subventioneras om patienten hamnar under en viss förmögenhetsgräns²³¹.

Offentliganställda läkare betalas en rörlig prospektiv lön med inslag av rörliga retrospektiva ersättningar per utförd åtgärd inom vissa områden, till exempel kirurgi, undervisning och forskning²³². Läkarstudenter kan även få sin utbildning subventionerad mot att de arbetar ett visst antal år inom den offentliga sektorn²³³. Lönesättningen inom den privata sektorn varierar, men består vanligen av antingen en rörlig prospektiv lön eller en rörlig retrospektiv ersättning per utförd åtgärd.

223 World Health Organisation. (2012): Global Health Expenditure Database. http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84662 Senast besökt: 2012-08-30.

224 Ministry of Health. (2012): Medisave-approved Insurance. http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies/Medishield/Medisave-approved_Insurance.html Senast besökt: 2012-08-31.

225 Ministry of Health. (2012): Costs and Financing. http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing.html Senast besökt: 2012-08-31.; Phua, K. H. [ed.] (2005): Singapore i Social Health Insurance: Selected Case Studies from Asia and the Pacific. World Health Organization SEARO and WPRO.

226 Ministry of Health. (2012): Singapore Healthcare System. http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/our_healthcare_system.html Senast besökt: 2012-08-31.

227 Lim, M. K. (2005): Transforming Singapore Health Care: Public-Private Partnership. *Annals Academy of Medicine* 34 (7), s. 461-467.; ACCESS Health International. Interview with Dr. Lee Chien Earn (CEO CGH) & Dr. Lim Eng Kok (MOH) by Dr. Eti Bhasker. Singapore:

228 ACCESS Health International. Interview with Dr. Lee Chien Earn (CEO CGH) & Dr. Lim Eng Kok (MOH) by Dr. Eti Bhasker. Singapore:

229 Ministry of Health. (2012): Community Health Assist Scheme. http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies/Community_Health_Assist_Scheme.html Senast besökt: 2012-08-31.; Liu, Gordon G. et al. (2009): Evidence-Based Decision-Making on Medical Technologies in China, Japan, and Singapore. *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* 12 (3), s. 12-17.

230 Ministry of Health. (2012): Singapore Healthcare System. http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/our_healthcare_system.html Senast besökt: 2012-08-31.

231 Ministry of Health. (2012): Community Health Assist Scheme. http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies/Community_Health_Assist_Scheme.html Senast besökt: 2012-08-31.; Liu, Gordon G. et al. (2009): Evidence-Based Decision-Making on Medical Technologies in China, Japan, and Singapore. *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* 12 (3), s. 12-17.

232 ACCESS Health International. Interview with Dr. Mikael Hartmann (NUHS) by Ms. Claudia Olsson. Singapore:

233 Ibid.





Trender inom de internationella fallen

De sex fall som beskrivs inom ramen för denna rapport har olika utformning och påverkas av olika nationella förutsättningar när det gäller finansieringen, men det går ändå att se vissa likheter i fråga om vård- och omsorgssystemens omfattning och ersättningen till vårdgivarna. I likhet med slutsatserna från den OECD-rapport²³⁴ som nämndes i inledningen finns det en tonvikt på gemensamma system – vare sig de bygger på offentlig finansiering, som PACE, TCT och PRISMA, eller på en allmän försäkring och sparande, som PGB och i Singapore. De gemensamma systemen kombineras sedan med användaravgifter i högre (KP, PACE, Singapore) eller lägre (PRISMA, PGB) grad, vilket är en vanlig metod för att låta brukaren bära en del av kostnaden för vården och omsorgen och på så sätt undvika överutnyttjande från brukarens sida.

Det samordnade systemet i Singapore utmärker sig särskilt när det gäller brukaravgifter, eftersom dessa formellt utgör en majoritet av ersättningen för vård och omsorg. Dock så samverkar en hög grad av offentliga subventioner och det obligatoriska sparandet till att den direkta kostnaden för den enskilde brukaren blir lägre än vid första anblicken. Det finns dock fortfarande en risk att kostnaden leder till ett lägre utnyttjande av formell sjukvård och omsorg och en större förlitan på anhörigvårdare.

När det gäller de operativa metoderna för att skapa samordning har de flesta systemen integrerat de samordnade verksamheterna inom en och samma organisation. KP integrerar primärvård och specialistvård, PACE och TCT integrerar vård och omsorg och PGB kan ses som en typ av integrering av vård och omsorg inom en och samma budget. Även då tjänster köps in utanför den integrerade organisationen utgör dessa vanligtvis ett komplement till kärnverksamheten, till exempel slutenvård eller TCTs externa utförare för att skapa valfrihetsalternativ till de interna utförarna.

Samtliga system utom PGB har även en tonvikt på vårdkoordination och multidisciplinära vårdteam för att se till att brukaren får rätt hjälp redan i ett tidigt skede och på så sätt undviker en senare institutionalisering i form av slutenvård eller flytt till vård- och omsorgsboende. Om en brukare ändå behöver slutenvård ligger fokus på att snabbt slussa denne vidare till mindre kostsam öppenvård eller att erbjuda ett tillräckligt stöd för att brukaren ska kunna återvända hem. Detta leder både till minskat lidande för individen och till stora potentiella kostnadsbesparingar²³⁵.

234 Colombo, Francesca et al. (2011): *Help Wanted? Providing and paying for long-term care*. OECD Publishing.

235 Slutenvården står för nära 60 % av kostnaden för gruppen mest sjuka äldre i Sverige, se Bowin, Rolf och Norén, Dag. (ed.) (2012): *De "mest sjuka äldre": Hur ser gruppen ut, hur utförs omhändertagandet, vilka är kostnaderna samt strategier för bättre vård och omsorg i Anna Krohwinkel Karlsson and Hans Winberg. (eds) På väg mot en värdefull styrning: Ersättningssystem för en sammanhållen vård & omsorg om äldre*. Stockholm: LHC.

Tabell 3: Jämförelse av de internationella fallen

System	USA Kaiser Permanente	USA PACE	Storbritannien Torbay Care Trust	Kanada PRISMA	Nederländerna PGB	Singapore System för sam- manhållen vård och omsorg
Nivå för samordningen	Regional nivå	Specifik målgrupp (äldre)	Specifik målgrupp (äldre)	Specifik målgrupp (äldre)	Individnivå	Regional nivå
Population	8,7 miljoner, varav ca 870 000 över 65 år	ca 22 000	ca 32 000	ca 23 500	ca 123 000	3,8 miljoner, varav ca 350 000 över 65 år
Ersättningssystem						
Finansiering						
Huvudsaklig finansiering	Försäkring (arbetsgivare) Försäkring (privat) Statlig socialförsäkring	Statlig socialförsäkring Brukaravgift	Statlig socialförsäkring Kommunal socialförsäkring Brukaravgift per tid eller åtgärd (behovsprövad)	Provinsiell socialförsäkring	Obligatorisk försäkring	Statlig finansiering Obligatoriskt sparande Allmän försäkring (kan väljas bort) Brukaravgift per tid (behovsprövad)
Kompletterande finansiering	Brukaravgift per besök och åtgärd		Projektlanslag	Brukaravgift per tid		
Ekonomiska sam- ordningsmekanismer	Överskott delas mellan sjukförsäk- ringssystemet och sjukvårdskoncernen		Överskott delas mellan organisatio- nen och kommunen			

Ersättning till den samordnande organisationen						
Organisationsnivå	Kapitering Fast, prospektiv, kapitering Svårförutsedda ingrepp Rörlig, retrospektiv, per åtgärd	Statlig sjukförsäkring Fast, prospektiv, anpassad kapitering Medicinkostnader Rörlig och fast, prospektiv, kapitering	Kommunal budget Rörlig, retrospektiv, efter resursinsatser Statlig kapitering Fast, prospektiv, anpassad kapitering	Provisiell finansiering Fast, prospektiv, per period + fast, prospektiv, kapitering Projektanslag Fast, prospektiv, per period Kommunala bidrag Rörlig, retrospektiv, efter resursinsatser	Personlig budget Rörlig, retrospektiv, efter resursinsatser (med ett tak enligt fast, prospektiv, anpassad kapitering)	Budget till offentliga vårdgivare Rörlig, retrospektiv, budget + rörlig, prospektiv, per diagnosgrupp
Individnivå	Lön Fast, prospektiv, per period Bonus Rörlig, prospektiv, struktur och resultatmätt (kvalitet) Utdelning Rörlig, retrospektiv, resultatmätt (kostnader)	Lön Fast, prospektiv, per period Bonus Rörlig, prospektiv, strukturmätt (nya kunder)	Lön Fast, prospektiv, per period	Lön Fast, prospektiv, per period	Lön Fast, prospektiv, per period	Lön Fast, prospektiv, per period Vissa åtgärder Rörlig, retrospektiv, per utförd åtgärd
Inköp av tjänster utanför systemet						
Slutenvård	Rörlig, retrospektiv, per utförd åtgärd (med min- och max-tak)	Rörlig, prospektiv, per dag Rörlig, retrospektiv, rabatterad kostnadsersättning	Fast, prospektiv, anslag + rörlig, retrospektiv, per utförd åtgärd (över maxtak)	Rörlig, retrospektiv, efter resursinsatser + negativt rörlig, prospektiv, processmätt (kostnader) Privata allmänläkare a) Rörlig, retrospektiv, per utförd åtgärd b) Fast, prospektiv, per period c) Kombination av a och b		
Hemsjukvård			Rörlig, prospektiv, per tid		Rörlig, prospektiv, per vårdtid	Rörlig, prospektiv, per tid + rörlig, retrospektiv, per åtgärd
Vård- och omsorgsboende		Rörlig, prospektiv, per tid	Rörlig, prospektiv, per tid	Fast, prospektiv, anpassad kapitering	Rörlig, prospektiv, per tid	Rörlig, prospektiv, per tid
Korttidsboende			Rörlig, prospektiv, per tid	Rörlig, prospektiv, per dag		
Hemtjänst och assistans			Rörlig, prospektiv, per tid	Rörlig, retrospektiv, efter resursinsatser + negativt rörlig, prospektiv, processmätt (kostnader) Privat hemtjänstpersonal Rörlig, prospektiv, per dag	Rörlig, prospektiv, per tid	Rörlig, prospektiv, per tid + rörlig, retrospektiv, per åtgärd

En mindre positiv likhet mellan fallen är att flera av samordningsinitiativen har eller har haft ekonomiska svårigheter. PGB har dragits ner kraftigt, KP och PACE har haft svårigheter att expandera²³⁶ och PRISMA och TCT sökte båda kompletterande projektbidrag för att finansiera sin verksamhet. Trots att PACE nominellt är öppet för privata investerare har PACE-centren huvudsakligen startats av ideella organisationer, vilket enligt vissa bedömare beror på de höga verksamhetsriskerna och små marginalerna²³⁷. Till stor del kan de ekonomiska svårigheterna säkerligen hänföras till de finansieringsproblem som präglar äldreomsorgssektorn i stort, men de pekar ändå på att ökad samordning inte nödvändigtvis är en säker väg till ekonomisk produktivitet och effektivitet.

Utformningen av ersättningssystemen

Hur har då ersättningssystemen i de aktuella fallen utformats för att skapa samordning? Den övergripande trenden är att samtliga system har en hög grad av aggregering i ersättningen till den samordnande organisationen, vilket underlättas av den höga graden av organisatorisk integrering. Undantagen är TCT, som får kostnadsersättning i form av en budget för sin omsorgsverksamhet, och PGB, som formellt utgör en kostnadsersättning till den tjänsteköpande individen. PGB innehåller dock inga incitament att inte spendera hela den beviljade kapiteringssumman²³⁸ och det ekonomiska klimatet i brittisk offentlig sektor gör det troligt att ersättningen till TCT snarare har formen av ett fast anslag, eftersom utrymmet att anpassa budgeten efter verksamhetens faktiska kostnader är begränsat²³⁹ i praktiken.

Den höga graden av aggregering innebär dels en ökad möjlighet att efter behov flytta pengar mellan olika delar av verksamheten och dels att utförarorganisationerna övertagit en majoritet av risken för ökade vårdkostnader på grund av ersättningens fasta prospektiva karaktär. Den förstnämnda effekten ger vårdgivaren en större flexibilitet, medan den senare även innebär att vårdgivarna får behålla eventuella vinster från sänkta vårdkostnader. Vårdgivarna har med andra ord både incitament och möjlighet att fokusera på hälsofrämjande åtgärder och öka insatserna på en relativt ”låg” vård- och omsorgsnivå²⁴⁰ för att på så sätt minska risken för ett framtida behov av mer omfattande och avancerad vård.

Nackdelen med ersättningsmetoden, sett från ett brukarperspektiv, är att vårdgivarens incitament att minska sin produktion och sina kostnader kan göra denne mindre villig att erbjuda omfattande och avancerad vård även när den behövs. Dessutom kan det faktum att vårdgivaren bär risken för ökade vårdkostnader leda till att brukare som är eller förväntas bli mer kostsamma än genomsnittet väljs bort. Den senare tendensen motverkas dock av att vårdgivaren inom många system inte har möjlighet att välja bort brukare. I detta sammanhang

236 Gitterman, Daniel P. et al. (2003): *The rise and fall of a Kaiser Permanente expansion region*. *Millbank Quarterly* 81 (4), s. 567-601.; Lynch, Marty, Hernandez, Mauro och Estes, Carroll. (2008): *Pace: Has It Changed the Chronic Care Paradigm?* *Social Work in Public Health* 23 (4), s. 3-24.

237 Lynch, Marty, Hernandez, Mauro och Estes, Carroll. (2008): *Pace: Has It Changed the Chronic Care Paradigm?* *Social Work in Public Health* 23 (4), s. 3-24.

238 White, Caroline. (2011): *The personal touch – The Dutch experience of personal health budgets*. London: Health Foundation.

239 Torbay Care Trust. (2011): *Annual Report 2010/11*. Torbay: Torbay Care Trust.

240 Det vill säga öppenvård och hemtjänst snarare än slutenvård och vård- och omsorgsboende.

bör man även skilja på anpassad och icke anpassad kapitering, där den förra minskar incitamentet att välja bort vårdtunga individer genom att erbjuda en högre ersättning för dessa²⁴¹.

Både fokus på förebyggande åtgärder och risken för underproduktion av avancerad vård förstärks av det faktum att ersättningen för externa tjänster och framför allt slutenvård vanligtvis är rörlig och därmed uppmuntrar till minskade volymer för köparen (det vill säga den samordnande organisationen). Inslagen av retrospektiv ersättning innebär även att den samordnande organisationen i dessa fall står för en majoritet av risken för att åtgärderna blir fler och dyrare än planerat samtidigt som de inte kan påverka deras utförande. I bägge fallen finns ett starkt incitament att undvika externa tjänster och därmed institutionalisering.

En sista poäng som är viktig att understryka när det gäller aggregerad ersättning på organisationsnivå är att eftersom vårdgivaren bär risken för ökade kostnader krävs det stora volymer för att ett fåtal extremt kostsamma brukare inte ska driva vårdgivaren i konkurs utan vägas upp av brukare med ett lägre vårdbehov än genomsnittet. Både PACE och KP är till exempel verksamma framför allt i tätbefolkade områden och kräver ett tillräckligt kundunderlag för att kunna etablera sig i ett nytt område²⁴². KP har dessutom minskat risken för vårdgivarorganisationen ytterligare genom att vissa svårförutsedda ingrepp ersätts retrospektivt per åtgärd samt genom att organisationen har en lägre andel socioekonomiskt svaga brukare än befolkningssnittet.

Ersättningen till vårdgivare på individnivå liknar i mångt och mycket ersättningen på organisationsnivå, med en fast, prospektiv och aggregerad lön. Detta innebär att incitamenten på individnivå liknar incitamenten på organisationsnivå; att minska produktionen av tjänster. Skillnaden är att den vårdprofessionelle inte har ett direkt ekonomiskt incitament att sänka kostnaderna eller att undvika köp av externt producerad vård och omsorg, men däremot ett indirekt incitament att göra detta för sin organisations bästa.

Undantaget från denna regel är ett visst inslag av ersättning för måluppfyllelse i de två amerikanska fallen och av rörlig retrospektiv ersättning för vissa åtgärder i Singapore. I samtliga fall avser dessa att ge ett särskilt incitament att utföra vissa aktiviteter eller sträva mot vissa resultat. Ersättningen uppmuntrar i huvudsak kvalitetshöjande åtgärder, med undantaget att KP även möjliggör en utdelning vid ett högt finansiellt resultat. Detta kan eventuellt ge ytterligare incitament att sänka kostnaderna, med de för- och nackdelar detta innebär.

241 Olika typer av anpassning innebär även olika typer av incitamentsjusteringar. Till exempel ger kapitering anpassad efter diagnosgrupper ett starkare incitament att ta sig an till exempel multisjuka äldre än en kapitering baserad enbart på ålder. För en utförligare diskussion, se Anell, Anders, Glenngård, Anna H. och Nylinder, Pia. (2012): *Vårdval i primärvården: Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

242 Gitterman, Daniel P. et al. (2003): *The rise and fall of a Kaiser Permanente expansion region*. *Millbank Quarterly* 81 (4), s. 567-601.; Lynch, Marty, Hernandez, Mauro och Estes, Carroll. (2008): *Pace: Has It Changed the Chronic Care Paradigm?* *Social Work in Public Health* 23 (4), s. 3-24.

Ersättning för samverkan?

De fall som beskrivits innehåller förhållandevis få exempel på ersättning som är direkt relaterad till samverkan. Ett undantag är de särskilda medlen för att finansiera vårdkoordinatorerna i PRISMA, även om kommunen blev tvungen att skjuta till ytterligare finansiering för dessa. En annan ersättning för att främja samverkan är den delade vinsten mellan sjukförsäkrings-systemet och sjukvårdskoncernen i KP respektive samordningsorganisationen och kommunen i TCT. Sedan har olika projektanslag tillkommit till TCT och PRISMA för att till exempel underlätta utskrivning av äldre, men dessa var samtliga tidsbegränsade.

Däremot förekommer flera ekonomiska incitament som indirekt främjar samverkan. Som nämns ovan innebär ett aggregerat ersättningsobjekt automatiskt ett incitament för samordning för att på så sätt minska den totala kostnaden av den vård och omsorg som utförs. En annan typ av ersättning som kan uppmuntra till samverkan är sådan som relaterar till brukarnöjdhet och patientcentrering. KP ger till exempel ersättning för måluppfyllelse i relation till kundnöjdhet, medan TCT och PRISMA båda använder vårdkoordinatorer för att sätta fokus på den enskilde brukarens behov.





Lärdomar i en svensk kontext

Ansvar för vård och omsorg om äldre är i Sverige uppdelat mellan kommunerna, som ansvarar för socialtjänst och äldreomsorg, och landstingen, som ansvarar för hälso- och sjukvård. Ersättningssystemen utformas lokalt och skiljer sig därmed mellan olika landsting och kommuner. Varje jämförelse mellan det svenska systemet och de samordningsinitiativ som skildrats i denna rapport måste därför av nödvändighet hållas på en generell nivå.

I 20 av 21 landsting utgörs majoriteten av primärvårdens ersättning av en fast prospektiv kapitalering per listad individ som anpassas efter brukarens ålder, eventuella diagnoser, socioekonomiska omständigheter eller en kombination av dessa²⁴³. Till detta kommer en prospektiv rörlig ersättning per besök och ersättning för måluppfyllelse relaterad till olika strukturella, aktivitetsbaserade och/eller resultatbaserade kvalitets- och effektivitetsmått. För vård på sjukhus finns det två huvudsakliga system²⁴⁴. Knappt hälften av landstingen använder sig av en rörlig, retrospektiv budget baserad på den beräknade resursåtgången under året, medan den andra hälften använder en prospektiv rörlig ersättning per diagnosgrupp.

Landets 290 kommuner gör det svårare att få en överblick över ersättningssystemen för äldreomsorgen, men en genomgång av SKL²⁴⁵ visar att ersättningen för hemtjänst vanligtvis består av en prospektiv rörlig ersättning baserad på antingen budgeterad eller nedlagd tid. Ett fåtal kommuner använder istället en rörlig ersättning per aktivitet. I fall då tid används som ersättningsobjekt justeras ersättningen även för faktorer som typ av tjänst, befolkningstäthet och tid på dygnet då tjänsterna utförs. Dock är det viktigt att notera att beställarens biståndsbeslut styr vilka tjänster och ofta även hur mycket tid en brukare har rätt till, vilket omöjliggör för utföraren att unilateralt öka produktionen. Den huvudsakliga skillnaden i styruddrag mellan ersättning för tid och ersättning per aktivitet är därmed att ersättning för tid skapar större flexibilitet vad gäller tjänsternas innehåll. En lika heltäckande genomgång på området vård- och omsorgsbonden saknas, men en nyutkommen rapport från SKL beskriver användningen av en prospektiv rörlig ersättning per utnyttjat vårddygn, anpassad efter brukarens vårdbehov²⁴⁶.

Till de incitament som skapas av de lokala ersättningssystemen kommer ett lagstadgat krav på samarbete mellan kommun och landsting kring vården av äldre²⁴⁷ parat med inslag av ersättning för måluppfyllelse relaterad till samverkan. Till exempel innehåller regeringens överenskommelse med SKL för att främja sammanhållen vård och omsorg om äldre en särskild ersättning till de län som minskar förekomsten av undvikbar slutenvård och återinläggningar inom 30 dagar²⁴⁸. Dock bör det noteras att denna ersättning riktar sig till huvudmännen i form av kommun och landsting snarare än direkt till utförarna av vård och omsorg.

243 Anell, Anders, Glenngård, Anna H. och Nylinder, Pia. (2012): *Vårdval i primärvården: Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

244 Lindvall, Staffan. (2006): *Resursfördelning och ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvården ...eller... Pengar, en del av ledning och styrning!* Sveriges Kommuner och Landsting & Nätverket Uppdrag Hälsa.

245 SKL. (2012): *Kartläggning av ersättningssystem hemtjänst*. http://www.skl.se/vi_arbetar_med/demos/samhallsorganisation/valfrihet/valfrihetuppdrag/ersattningssystem-hemtjanst Senast besökt: 2012-09-19.

246 Rönn, Agneta och Bengtsson, Greger. (2012): *Prestationsersättning till särskilda boenden för äldre: Erfarenheter och tips från tre kommuner*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

247 SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. § 3, 8 & 21; SFS 2001:453. Socialtjänstlag. 2 kap § 7, 3 kap § 5 och 5 kap § 6.

248 Socialdepartementet och SKL. (2011): *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*.

Ur denna synvinkel är det intressant att konstatera att riktad ersättning för samverkan endast utgör en mindre del av de incitament för sammanhållen vård och omsorg som förekommer i de internationella initiativen i denna rapport. Istället ligger fokus på integrerade organisationer och en aggregering av ersättningsobjektet.

Svensk primärvård, slutenvård och vård- och omsorgsboenden ersätts visserligen var för sig med prospektiva ersättningar på en relativt hög aggregeringsnivå, men det saknas exempel på att ersättningsobjektet aggregerats till att fokusera på den enskilda brukarens sammantagna behov inom samtliga aspekter av omsorg, öppenvård och slutenvård. De förslag som givits på hur dagens ersättningssystem kan ändras för att främja samordning har också handlat relativt lite om ersättningsobjektets aggregering²⁴⁹. Till detta kommer att det med undantag för ett fåtal projekt²⁵⁰ är ont om fall där sjukvård och omsorg integrerats inom en och samma organisation, vilket knappast ökar förutsättningarna för ett aggregerat ersättningsobjekt.

I och med att det saknas ersättningsrelaterade kopplingar mellan olika typer av vård och omsorg ger avgränsningen av ersättningsobjektet till varje typ av utförarorganisation endast incitament att optimera vården för brukaren-som-primärvårdspatient, brukaren-som-omvårdnadsmottagare och så vidare. Avsaknaden av aggregering på ett övergripande plan gör det även svårt att flytta resurser mellan olika typer av vård och omsorg så att de kommer till bästa möjliga användning för den enskilde brukaren.

Däremot kvarstår det incitament att minska kostnaden för den egna organisationen som följer av en prospektiv ersättning. Detta uppmuntrar till underproduktion av förebyggande åtgärder på de lägre vårdnivåerna, där förebyggande åtgärder huvudsakligen innebär en kostnad utan motsvarande framtida besparing. Ersättningen riskerar även att leda till en deprioritering av patienter med stora vårdbehov, eftersom dessa innebär stora kostnader utan en motsvarande ökning i intäkter²⁵¹. Istället skapas incitamentet att föra över brukare och den associerade vårdkostnaden till en annan vårdgivare närhelst tillfället ges, vilket leder till ineffektivitet och ökar mängden förflyttningar för den enskilde brukaren. Bägge impulserna uppmuntrar dessutom till överutnyttjande av vård på en avancerad nivå, där möjligheterna att direkt eller indirekt föra över kostnader på andra organisationer är färre. Från ett brukarperspektiv är fördelen med detta system, jämfört med de internationella samordningssystemen, dock att risken för ett underutnyttjande av avancerad vård är mindre.

Vad gäller ersättning på individnivå kan det endast konstateras att detta än så länge är ett försummat område i den svenska debatten. Diskussionen om ersättningssystem handlar huvudsakligen om ersättning och kostnadsdelning på huvudmanna- respektive organisationsnivå och har ägnat mindre intresse åt hur incitamenten på organisationsnivå samverkar med eller motverkas av eventuella incitament på de vårdprofessionellas nivå.

249 Ibid.

250 Till exempel TioHundra-projektet som beskrivs i Sjögren, Ebba och Åhlblom, Per. (ed.) (2012): *Verktyg för att realisera samverkan: En vetenskaplig undersökning av TioHundraprojektet* i Anna Krohwinkel Karlsson and Hans Winberg. (eds) *På väg mot en värdefull styrning: Ersättningssystem för en sammanhållen vård & omsorg om äldre*. Stockholm: LHC.

251 Se Anell, Anders, Glenngård, Anna H. och Nylander, Pia. (2012): *Vårdval i primärvården: Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Förutsättningar för inspiration

I och med den specifika nationella kontext som svensk vård och omsorg befinner sig i kan man inte rakt av överföra principerna från de internationella initiativen till en svensk kontext. Däremot finns det aspekter av dem som skulle kunna införas även i Sverige.

Ett exempel är möjligheten för kommunen att delegera ansvaret för äldreomsorgen till en landstingsstyrd organisation, eller vice versa, för att skapa en organisatorisk och ersättningsmässig samordning med TCT som förebild. I och med att Storbritanniens uppdelning av finansieringen av och ansvaret för vård och omsorg liknar Sveriges är det möjligt att brittiska lagstiftningen för att skapa vårdstiftelser skulle kunna tjäna som inspiration för en svensk lagreform. Ädelreformen²⁵² har redan tagit ett steg i denna riktning genom att möjliggöra delegering av viss sjukvård till kommunerna.

TioHundra-projektet i Norrtälje²⁵³ visar på en annan modell för att samordna vård och omsorg i en och samma organisation på ett sätt som påminner om TCT men utan samma grad av samordnad ersättning. Det som framför allt skapade problem för TioHundra-projektet var att den integrerade organisationen krockade med de nationella målen om valfrihet för brukarna. KP, PACE och TCT visar dock på tre exempel där organisatorisk och ersättningsmässig samordning kombineras med valfrihetssystem. I fallen KP och PACE konkurrerar de integrerade organisationerna med traditionella vårdorganisationer på en öppen marknad, medan TCT snarare fyller rollen som vårdkoordinator.

Den potentiella stötestenen i sammanhanget är kravet på en tillräcklig volym för att mildra den vårdgivarrisk som ett aggregerat ersättningsobjekt innebär. Här framstår PACE med sina 300 brukare per dagvårdscenter som den kanske mest intressanta inspirationskällan. SPICE-projektet i Singapore är ett annat exempel på hur organisationer utanför den offentliga sektorn uppmuntras att samverka för att skapa dagvårdscentra enligt PACE-modell. Dock kommer kombinationen integrerad organisation och valfrihet med största sannolikhet att förbli ett storstadsfenomen på grund av det brukarunderlag som krävs.

En annan möjlighet är att inrätta vårdkoordinatorer som finansieras av en separat ersättning, som i fallet PRISMA. I och med att de saknar incitament att minimera någon enskild vårdgivares kostnader kan de anlägga ett övergripande perspektiv på den enskilde brukarens vård- och omsorgsbehov. Ett projekt inom Stockholms läns landsting med vårdkoordinatorer för återkommande akutpatienter har till exempel visat sig vara resurseffektivt²⁵⁴. Dock skiljer sig detta fall från PRISMA i och med att koordinatorerna inte har några ekonomiska befogenheter. En närmare motsvarighet till PRISMAs koordinatorer vore en biståndsbedömare med befogenhet att beställa både vård och omsorg, som därmed skulle kunna samordna brukarens totala insatsbehov redan i ett tidigt skede.

252 Prop. 1990/91:14. om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m. m.

253 Se Sjögren, Ebba och Åhblom, Per. (ed.) (2012): *Verktyg för att realisera samverkan: En vetenskaplig undersökning av TioHundra-projektet* i Anna Krohwinkel Karlsson and Hans Winberg. (eds) *På väg mot en värdefull styrning: Ersättningssystem för en sammanhållen vård & omsorg om äldre*. Stockholm: LHC.

254 SLL. (2012): *Aktiv hälsostyrning med vårdcoacher inom SLL – sammanfattande resultat av 1-årig uppföljning*. Stockholm: Stockholms läns landsting.

Ett sista alternativ för att kombinera samordning med valfrihet är att delegera ansvaret för att samordna vård- och omsorgsutförarna till den enskilde brukaren i enlighet med den personliga vårbudgeten PGB. Något som talar emot detta alternativ är att den grupp som skulle gynnas mest av en ökad samordning – de mest sjuka äldre – knappast har den energi som krävs för att sätta sig in i och välja mellan ett flertal alternativa varianter och utförare av vård och omsorg²⁵⁵.

Det urval av ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre som redovisats i denna rapport erbjuder inga enkla lösningar, men de kan tjäna som en källa till inspiration och nya idéer. Trots att de olika initiativen har sitt ursprung i skilda nationella kontexter, är de grundläggande principerna för hur ersättningen till vård- och omsorgsutförare utformas desamma oavsett hur tjänsterna är finansierade. Framför allt pekar översikten på vikten av att ta hänsyn inte bara till ersättningens tidsram och aktivitetsgrad utan även till objektet för ersättningen och de incitament som olika grader av aggregering leder till. Förhoppningsvis kan rapporten ligga till grund för jämförelser med och reflektioner kring de nuvarande svenska ersättningssystemen samt även bidra till en utveckling av den ekonomiska styrningen som främjar en bättre samordning av morgondagens vård och omsorg om äldre.

255 En svensk studie från 2011 visar att en tredjedel av personer över 77 år lider av nedsatt kognition och att ytterligare 22 % har svårt att hitta och behandla information. Se Meinow, Bettina, Parker, Marti G. och Thorslund, Mats. (2011): Consumers of eldercare in Sweden: The semblance of choice. *Social Science & Medicine* 73, s. 1285-1289.





Referenser

- ACCESS Health International (a). Interview with Dr. Mikael Hartmann (NUHS) by Ms. Claudia Olsson. 2012.
- ACCESS Health International (b). Interview with Ms. Eithel Koh (Khoo Teck Puat Hospital) by Ms. Claudia Olsson. 2012.
- ACCESS Health International (c). Interview with Dr. Lee Chien Earn (CEO CGH) & Dr. Lim Eng Kok (MOH) by Dr. Eti Bhasker. 2012.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie (2005a). Programme-services perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) - 2005-2010. Québec: Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie (2005b). Programme-services Services généraux - Volets activités cliniques, d'aide et activités médicales. Québec: Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie.
- Agency for Integrated Care (2012a). Singapore Programme for Integrated Care for the Elderly (SPICE). <http://www.aic.sg/page.aspx?id=782> Senast besökt: 2012-09-12.
- Agency for Integrated Care (2012b). Home: About Us. <http://www.aic.sg/page.aspx?id=127> Senast besökt: 2012-08-31.
- Agency for Integrated Care (2012c). Eldercare Service Locator. <http://www.aic.sg/silverpages/eldercare/> Senast besökt: 2012-09-19.
- Agency for Integrated Care (2012d). Aged Care TransitiON (ACTION) Project. <http://www.aic.sg/page.aspx?id=721> Senast besökt: 2012-09-19.
- Alaszewski, Andy, Baldock, John, Billings, Jenny, Coxon, Kirstie & Twigg, Julia (2003). Providing integrated health and social care for older persons in the United Kingdom. Canterbury: PROCARE.
- Anell, Anders (2010). Vården i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. Stockholm: Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi.
- Anell, Anders, Glenngård, Anna H. & Nylinder, Pia (2012). Vårdval i primärvården: Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Béland, François & Hollander, Marcus J. (2011). Integrated models of care delivery for the frail elderly: international perspectives. *Gaceta Sanitaria* 25, s. 138-146.
- Bowin, Rolf and Norén, Dag (2012). "De mest sjuka äldre": Hur ser gruppen ut, hur utförs omhändertagandet, vilka är kostnaderna samt strategier för bättre vård och omsorg." In A. Krohwinkel Karlsson & H. Winberg's, På väg mot en värdefull styrning: Ersättningsystem för en sammanhållen vård & omsorg om äldre ,vol 1. Stockholm: LHC.
- Central Provident Fund Board (2012). When I am no Longer Around. http://mycpf.cpf.gov.sg/CPF/Templates/MyCPF_PrinterFriendly_Template.aspx?NRMODE=Published&NRORIGINALURL=%2FCPF%2Fmy-cpf%2FHealthcare%2FPvdHC6.ht&NRNODEGUID=%7BC60BF243-0655-4974-833E-25063D771410%7D&NRCACHEINT=Guest Senast besökt: 2012-09-10.
- Centre for Enabled Living (2012). About Centre for Enabled Living (CEL). http://www.cel.sg/About_CEL__WhatWeDo.aspx Senast besökt: 2012-09-10.
- Charlesworth, Anita, Davies, Alisha & Dixon, Jennifer (2012). Reforming payment for health care in Europe to achieve better value. London: Nuffield Trust.
- Charlesworth, Anita & Thorlby, Ruth (2012). Reforming social care: options for funding. London: Nuffield Trust.
- Christianson, Jon B., Leatherman, Sheila & Sutherland, Kim (2007). Paying for quality: Understanding and assessing physician pay-for-performance initiatives. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation.
- CIA (2012-07-05). The World Factbook: Netherlands. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/nl.html> Senast besökt: 2012-07-20.
- CIA (2012-08-01). The World Factbook: United States. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/us.html> Senast besökt: 2012-08-16.

- CIA (2012-09-10). The World Factbook: Singapore. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/sn.html> Senast besökt: 2012-09-18.
- Colombo, Francesca, Ilena-Nozal, Ana, Mercier, Jérôme & Tjadens, Frits (2011). Help Wanted? Providing and paying for long-term care. OECD Publishing.
- Commission on Funding of Care and Support (2011). Fairer Care Funding: Analysis and evidence supporting the recommendations of the Commission on Funding of Care and Support. Department of Health.
- Committee on Ageing Issues (2006). Report on the Ageing Population Singapore: Ministry of Community Development, Youth and Sports.
- Curry, Natasha & Ham, Chris (2010). Clinical and service integration: The route to improved outcomes. London: King's Fund.
- Davies, Peter (2011). A glimpse of the future of healthcare. *British Medical Journal* 342 (2 April), s. 738-739.
- de Bruin, Simone R. (2009). Sowing in the autumn season: Exploring benefits of green care farms for dementia patients (PhD Thesis). Wageningen: Graduate School of Wageningen Institute of Animal Sciences.
- Decruynaere, Elke (2010). The personal budget (PGB) in the Netherlands. Gentbrugge: Expertise Centre Independent Living.
- Department of Health (2011). Resource Allocation: Weighted Capitation Formula (Seventh Edition). Leeds: Department of Health.
- Department of Health & Human Services & Centers for Medicare & Medicaid Services (2011). Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Manual. <http://www.cms.hhs.gov/manuals>: Centers for Medicare & Medicaid Services.
- Dubuc, Nicole, Dubois, Marie-France, Raïche, Michel, Gueye, N'Deye R. & Hébert, Réjean (2011). Meeting the home-care needs of disabled older persons living in the community: does integrated services delivery make a difference? *BMC Geriatrics* 11 (67).
- Ex, Carine, Gorter, Klaas & Janssen, Uschi (2003). Providing integrated health and social care for older persons in the Netherlands. Utrecht: PROCARE.
- Feachem, Richard G. A., Sekhri, Neelam K. & White, Karen L. (2002). Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *British Medical Journal* 324 (7330), s. 135-141.
- FutureGov (2011). First Phase of Singapore National EHR goes live. <http://www.futuregov.asia/articles/2011/may/03/first-phase-singapore-national-ehr-goes-live/> Senast besökt: 2012-08-31.
- Garber, Alan M. (2011). Competition, integration and incentives: the quest for efficiency in the English NHS. London: Nuffield Trust.
- Gitterman, Daniel P., Weiner, Bryan J., Domino, Marisa E., Mckethan, Aaron N. & Enthoven, Alain C. (2003). The rise and fall of a Kaiser Permanente expansion region. *Millbank Quarterly* 81 (4), s. 567-601.
- Gleave, Richard (2009). Across the pond – lessons from the US on integrated healthcare. London: Nuffield Trust.
- Government of the Netherlands (2012-07-20). Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz> Senast besökt: 2012-07-20.
- Greenwood, Robert & Gong, Jade (2002a). Case Study: Total Longterm Care, Denver, Colorado. Alexandria, VA: National PACE Association.
- Greenwood, Robert & Gong, Jade (2002b). Case Study: Alexian Brothers Community Services, Chattanooga, Tennessee. Alexandria, VA: National PACE Association.
- Hassink, J., Zwartbol, C., Agricola, H. J., Elings, M. & Thissen, J. T. N. M. (2007). Current status and potential of care farms in the Netherlands. *NJAS Wageningen Journal of Life Sciences* 55 (1), s. 21-36.
- Hébert, Réjean, Durand, Pierre J., Dubuc, Nicole & Tourigny, André (2003). PRISMA: a new model of Integrated Service Delivery for the Frail Older People in Canada. *International Journal of Integrated Care* 3, s. 1-10.
- Hébert, Réjean & Veil, A. A. (2004). Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system. *International Journal of Integrated Care* 4, s. 1-7.

- Hébert, Réjean, Tourigny, André and Gagnon, Maxime (Eds.) (2005). "Integrated Service Delivery to Ensure Persons' Functional Autonomy." Quebec: Edisem.
- Hébert, Réjean, Dubois, Marie-France, Raïche, Michel & Dubuc, Nicole (2008). The effectiveness of the PRISMA integrated service delivery network: preliminary report on methods and baseline data. *International Journal of Integrated Care* 8 (1), s. 1-15.
- Hébert, Réjean, Tourigny, André and Raïche, Michel (Eds.) (2008). "Volume II: Integration of Services for Disabled People: Research Leading to Action." Quebec: Edisem.
- Hébert, Réjean (2011). PRISMA: a good example of transferring research evidence into public policy. *International Journal of Integrated Care* 11, s. 1-3.
- Jacobsson, Fredric (2007). Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård. Linköping: Linköpings universitet.
- Jegers, Marc, Kesteloot, Katrien, De Graeve, Diana & Gilles, Willem (2002). A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy* 60 (3), s. 255-273.
- Jensen, Michael C. & Meckling, William H. (1976). Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics* 3 (4), s. 305-360.
- Kaiser Permanente (2012a). Physician Compensation. <http://businessnet.kp.org/health/plans/national/home/aboutus> Senast besökt: 2012-05-03.
- Kaiser Permanente (2012b). Health Plans. <http://businessnet.kp.org/health/plans/national/plans> Senast besökt: 2012-07-25.
- Kaiser Permanente (2012c). Compensation and Benefits. http://physiciancareers.kp.org/ncal/why_tpmg/compensation.html Senast besökt: 2012-07-25.
- Kaiser Permanente (2012d). Performance Sharing Program. <http://www.lmpartnership.org/toolkits/performance-sharing-program> Senast besökt: 2012-07-29.
- Kodner, Dennis L. & Kay Kyriacou, Corinne (2000). Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care* 1 (October - December), s. 1-19.
- Kodner, Dennis L. (2006). Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons. *Health and Social Care in the Community* 14 (5), s. 384-390.
- Krohwinkel Karlsson, Anna (2012). "Styrning mot samverkan: Hur kan ersättningssystemen anpassas?" In A. Krohwinkel Karlsson & H. Winberg's, På väg mot en värdefull styrning: Ersättningssystem för en sammanhållen vård & omsorg om äldre, vol 1. Stockholm: LHC.
- Krohwinkel Karlsson, Anna and Winberg, Hans (Eds.) (2012). "På väg mot en värdefull styrning: Ersättningssystem för en sammanhållen vård & omsorg om äldre." Stockholm: LHC.
- Léger, Pierre T. (2011). Physician payment mechanisms: An overview of policy options for Canada. Ottawa: Canadian Health Services Research.
- Leichsenring, Kai (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care* 3 (September), s. 1-15.
- Leutz, Walter N. (1999). Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly* 77 (1), s. 77-110.
- Light, Donald & Dixon, Michael (2004). Making the NHS more like Kaiser Permanente. *British Medical Journal* 328 (7442), s. 763-765.
- Lim, D. J. (2007). The Long Road Ahead for Right-Siting. *Singapore Medical Association News* 39 (4).
- Lim, M. K. (2005). Transforming Singapore Health Care: Public-Private Partnership. *Annals Academy of Medicine* 34 (7), s. 461-467.
- Lindvall, Staffan (2006). Resursfördelning och ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvården ...eller... Pengar, en del av ledning och styrning! Sveriges Kommuner och Landsting & Nätverket Uppdrag Hälsa.
- Liu, Gordon G., Fukuda, Takashi, Lee, Chien E., Chen, Vivian, Zheng, Qiang & Kamae, Isao (2009). Evidence-Based

Decision-Making on Medical Technologies in China, Japan, and Singapore. *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* 12 (3), s. 12-17.

Lynch, Marty, Hernandez, Mauro & Estes, Carroll (2008). Pace: Has It Changed the Chronic Care Paradigm? *Social Work in Public Health* 23 (4), s. 3-24.

MacAdam, Margaret (2008). *Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic Review*. Ontario: Canadian Policy Research Networks.

MacAdam, Margaret & MacKenzie, Stephanie (2008). *System Integration in Quebec: The Prisma Project*. Health Policy Monitor.

Marchildon, Gregory P. (2005). *Health Systems in Transition: Canada*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

McCarthy, Douglas, Mueller, Kimberly & Wrenn, Jennifer (2009). *Kaiser Permanente: Bridging the Quality Divide with Integrated Practice, Group Accountability, and Health Information Technology*. The Commonwealth Fund.

Meinow, Bettina, Parker, Marti G. & Thorslund, Mats (2011). Consumers of eldercare in Sweden: The semblance of choice. *Social Science & Medicine* 73, s. 1285-1289.

Ministère de la Santé et des Services sociaux & Agence de la Santé et des Services Sociaux de l'Estrie (2005). *Entente de gestion et d'imputabilité 2005-2006*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux;

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2009a). *Focus on the Québec health and social services system*. Québec: Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2009b). *If you are receiving assistance: Home care services and the service employment paycheque*. Québec: Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux & Ministère de la Famille et des Aînés (2011). *Aging and Living Together: At Home, in One's Community*, in Québec. Québec: Gouvernement du Québec.

Ministry of Health (2012a). *Singapore Healthcare System*. http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/our_healthcare_system.html Senast besökt: 2012-08-31.

Ministry of Health (2012b). *Community Health Assist Scheme*. http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies/Community_Health_Assist_Scheme.html Senast besökt: 2012-08-31.

Ministry of Health (2012c). *Costs and Financing*. http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing.html Senast besökt: 2012-08-31.

Ministry of Health (2012d). *Medisave-approved Insurance*. http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies/Medisave-approved_Insurance.html Senast besökt: 2012-08-31.

Ministry of Health (2012e). *Schemes and Subsidies*. http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies.html Senast besökt: 2012-08-31.

Ministry of Health (2012f). *Subsidies for Government-funded Intermediate Long-Term Care Services*. http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies/subsidies_for_government_funded_ILTC_services.html Senast besökt: 2012-08-31.

Ministry of Health (2012g). *ElderShield*. http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies/ElderShield.html Senast besökt: 2012-09-10.

Ministry of Health (2012-08-31). *How MediShield Works*. http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies/Medisshield/How_MediShield_Works.html.

Ministry of Health Holdings (2012). *About MOH Holdings*. http://www.mohh.com.sg/about_mohh.html Senast besökt: 2012-08-31.

National PACE Association (2011). *List of PACE Programs by State*. <http://www.npaonline.org/website/download.asp?id=1741> Senast besökt: 2012-08-16.

NHS (2012). *GMS finance*. <http://www.nhsemployers.org/PayAndContracts/GeneralMedicalServicesContract/GMS-finance/Pages/GMSFinance.aspx> Senast besökt: 2012-09-17.

- Nuffield Trust (2009). Removing the policy barriers to integrated care: The Torbay experience. London: Nuffield Trust.
- Petigara, Tanaz & Anderson, Gerard (2009). Program of All-Inclusive Care for the Elderly. Health Policy Monitor.
- Phua, K. H. (2005). "Singapore." In "Singapore." Social Health Insurance: Selected Case Studies from Asia and the Pacific World Health Organization SEARO and WPRO.
- Pope, Gregory C., Kautter, John, Ingber, Melvin J., Freeman, Sara, Sekar, Rishi & Newhart, Cordon (2011). Evaluation of the CMS-HCC Risk Adjustment Model. Baltimore: RTI International.
- Porter, Molly & Kellogg, Meg (2008). Kaiser Permanente: An Integrated Health Care Experience. Revista De Innovación Sanitaria y Atención Integrada 1 (1).
- PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute (2008). You Get What You Pay For: A Global Look at Balancing Demand, Quality, and Efficiency in Healthcare Payment Reform. PricewaterhouseCoopers.
- Prop. 1990/91:14 om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m. m. .
- RAND Europe & Ernst & Young LLP (2012). National Evaluation of the DH Integrated Care Pilots. Cambridge: RAND Corporation.
- Reed, Jan, Childs, Sue, Cook, Glenda, Hall, Amanda & McCormack, Brendan (2007). Integrated Care for Older People: Methodological Issues in Conducting a Systematic Literature Review. Worldviews on Evidence-Based Nursing 4 (2), s. 78-85.
- Régie de l'assurance maladie du Québec (2012). The Financial Contribution by Accommodated Adults. Québec;: Régie de l'assurance maladie du Québec;.
- Rönn, Agneta & Bengtsson, Greger (2012). Prestationsersättning till särskilda boenden för äldre: Erfarenheter och tips från tre kommuner. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Schäfer, Willemijn, Kroneman, Madelon, Boerma, Wienke, van den Berg, Michael, Westert, Gert, Devillé, Walter and van Ginneken, Ewout (Eds.) (2010). "The Netherlands: Health System Review." In R. Busse's, Health Systems in Transition, vol 12. United Kingdom: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Services Québec (2012). Programs and Services for Seniors. Québec;: Gouvernement du Québec;.
- SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslag.
- SFS 2001:453 Socialtjänstlag.
- Silverman, David (2007). A very short, fairly interesting and reasonably cheap book about qualitative research. London: Sage.
- Singapore Department of Statistics (2012). Home: Statistics: Latest Data. <http://www.singstat.gov.sg/stats/latestdata.html> Senast besökt: 2012-09-10.
- Sjögren, Ebba and Åhlblom, Per (2012). "Verktyg för att realisera samverkan: En vetenskaplig undersökning av TioHundra-projektet." In A. Krohwinkel Karlsson & H. Winberg's, På väg mot en värdefull styrning: Ersättningssystem för en sammanhållen vård & omsorg om äldre ,vol 1. Stockholm: LHC.
- Sjögren, Ebba, Winberg, Hans, Paulsson, Thomas & Neij, Fredrik (2010). Hälsa per krona. Stockholm: Leading Healthcare.
- SKL (2012). Kartläggning av ersättningssystem hemtjänst. http://www.skl.se/vi_arbetar_med/demos/samhallsorganisation/valfrihet/valfrihetuppdrag/ersattningssystem-hemtjanst Senast besökt: 2012-09-19.
- SLL (2012). Aktiv hälsostyrning med vårdcoacher inom SLL – sammanfattande resultat av 1-årig uppföljning. Stockholm: Stockholms Läns Landsting.
- Socialdepartementet & SKL (2011). Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.
- Socialstyrelsen (2011). Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser. www.socialstyrelsen.se: Socialstyrelsen.
- Somme, Dominique, Hébert, Réjean, Bravo, Gina, Blanchard, François & SaintJean, Olivier (2007). The individualized service plan as a clinical integration tool: qualitative analysis in the Quebec PRISMA experiment. International Journal of Integrated Care 7, s. 1-13.

State Secretary for Health, Welfare and Sport (2011). Programme letter concerning long-term care. DLZ/KZ-U-3067294, s. 31.

Strandberg-Larsen, Martin, Schiøtz, Michaela L. & Frølich, Anne (2008). Kaiser Permanente revisited - Can European health care systems learn? *Eurohealth* 13 (4), s. 24-26.

Thistlethwaite, Peter (2011). Integrating health and social care in Torbay. London: The King's Fund.

Thoresson, Karin (2012). "Mångfaldig styrning - en teoriöversikt." In A. Krohwinkel Karlsson & H. Winberg's, *På väg mot en värdefull styrning: Ersättningssystem för en sammanhållen vård & omsorg om äldre*, vol 1. Stockholm: LHC.

Torbay Care Trust (2009). Any Willing Provider Policy. Torbay: Torbay Care Trust.

Torbay Care Trust (2011). Annual Report 2010/11. Torbay: Torbay Care Trust.

Torbay council & Torbay Care Trust (2005). Partnership agreement relating to the proposed Torbay Care Trust., s. 221.

Tousignant, Michel, Hébert, Réjean, Dubuc, Nicole, Simoneau, France & Dieleman, Linda (2003). Application of a case-mix classification based on the functional autonomy of the residents for funding long term care facilities. *Age and Ageing* 32, s. 60-66.

Vedel, Isabelle, Monette, Michele, Béland, François, Monette, Johanne & Bergman, Howard (2011). Ten years of integrated care: backwards and forwards. The case of the province of Québec, Canada. *International Journal of Integrated Care* 11, s. 1-11.

Weatherly, Helen, Mason, Anne, Goddard, Maria & Wright, Kath (2010). Financial Integration across Health and Social Care: Evidence Review. Edinburgh: Scottish Government Social Research.

Welsh NHS Confederation (2005). From the Rockies to the Rhondda – Better care for patients and better use of hospitals - Can Wales learn from Colorado? Bridgend: Welsh NHS Confederation.

White, Caroline (2011). The personal touch – The Dutch experience of personal health budgets. London: Health Foundation.

World Health Organisation (2012). Global Health Expenditure Database. http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84662 Senast besökt: 2012-08-30.





Om Leading Health Care

Den akademiska tankesmedjan Leading Health Care (LHC) uppstod ur en vision om mötet mellan akademi och praktik.

LHC ska främja forskning och kunskapsutveckling som är relevant för organisering, styrning och ledning inom hälso- och sjukvårdsområdet samt sprida information om detta.

Tillsammans med våra partners och vårt akademiska nätverk genomför vi seminarier, forskningsprojekt och workshops om utmaningar och nya vägar för hälso- och sjukvården. Genom ett öppet och generöst samtalsklimat och genom att sprida forskningsbaserad kunskap bidrar vi med idéer om hur hälso- och sjukvårdssystemen kan utvecklas både på mikro- och makro- nivå.

Det yttersta uppdraget för Leading Health Care är att bidra till att patienterna får en bättre vård och omsorg.

Kvalitetskriterier för en LHC-rapport

En LHC- rapport ska uppfylla följande krav:

- Rapportens författare har rätt att självständigt formulera rapportens innehåll och slutsatser.
- En LHC-rapport håller hög akademisk standard och har framtagits med iakttagande av god forskningssed. Åtminstone en författare bör vara disputerad forskare.
- Författarens eventuella jävsintressen måste deklarerats i rapporten.
- En färdig LHC-rapport har godkänts efter kvalitetsgranskning av LHC:s kansli och av ytterligare en namngiven disputerad extern granskare med kompetens på området.
- En LHC-rapport ska vara skriven på ett sådant sätt att de primära målgrupperna lätt ska kunna ta till sig rapportens innehåll. De skrivs för att bli lästa och väl spridda.
- Rapporten ska ämnesmässigt falla inom LHC:s verksamhetsområde.

Vill du veta mer om LHC?

På vår sajt hittar du mycket information om ledning, styrning och organisering av hälso- och sjukvård. Här kan du ladda ner alla våra rapporter och utredningar.

www.leadinghealthcare.se

LHC:s publikationer

2012

Brattström, Anna: *Organisering för innovation i sjukvården: Så kan organisationsteori bidra till mer utveckling*. LHC Report Nr 4 2012.

Nilsson, Maria, Linus Johansson Krafve och Claes-Fredrik Helgesson: *Vem vill ha rökavvänjning? Att styra motivationen eller låta motivationen styra*. LHC Report Nr 3 2012.

Rognes, Jon och Anna Krohwinkel Karlsson (red.). *Ledningssystem och styrning av vård – förutsättningar och utmaningar*. LHC Report Nr 2 2012.

Delrapporter:

Rognes, Jon och Anna Svarts: *Lean i vården: En översikt över dagsläget i Sverige*

Tyrstrup, Mats: *Ledningssystem i vården – ett ledarskapsperspektiv*

Fernler, Karin: *Kunskapsstyrning för ledning och policyarbete*

Helgesson, Claes-Fredrik: *Den mångfaldiga styrningen i hälso- och sjukvården: Orsaker och implikationer för de statliga myndigheternas roll*

Krohwinkel Karlsson, Anna och Hans Winberg (red.). *På väg mot en värdefull styrning: Ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre*. LHC Report Nr 1 2012.

Delrapporter:

Krohwinkel Karlsson, Anna: *Styrning mot samverkan: Hur kan ledningssystemen anpassas?*

Bowin, Rolf och Dag Norén: *De ”mest sjuka äldre”: Hur ser gruppen ut, hur utförs omhändertagandet, vilka är kostnaderna samt strategier för en bättre vård och omsorg*

Thoresson, Karin: *Mångfaldig styrning – en teoriöversikt*

Fernler, Karin: *Styrning på gränsen mellan slutet och öppen vård: Vaga kriterier och interorganisatoriska beroenden i beslut om medicinskt utskrivningsklar*

Rognes, Jon och Ida Larsson: *Lean i äldre vården – en översikt över dagsläget vid Sveriges geriatriska kliniker*

Anell, Anders: *Primärvården som koordinator för de mest sjuka äldre – implikationer för mål och indikatorer*

Sjögren, Ebba och Per Åhblom: *Verktyg för att realisera samverkan: En vetenskaplig undersökning av TioHundraprojektet*

Leading Health Cares Årsskrift 2010-2011.

2011

Rognes, Jon: *Lika vård för alla? En studie av vårdkedjan för prostatacancer*. LHC Report Nr 2 2011.

Källberg, Niklas, Helena Bengtsson och Jon Rognes: *Tid eller pengar: Exempel från cancervården – bröstcancerprocessen*. LHC Report Nr 1 2011.

2010

Sjögren, Ebba, Hans Winberg, Thomas Paulsson och Fredrik Neij: *Hälsa per krona: Hälsa till varje pris? Kronor i vården, vad värderar vi med pengars hjälp? Dags att styra mot hälsa!* LHC Report Nr 1 2010.

Om hur 1 & 1 kan bli oändligt mycket med. Leading Health Cares Årsberättelse 2009-2010.

2009

Winberg, Hans, Jon Rognes och Claes-Fredrik Helgesson (red.): *Leading Health Care – Organizing healthcare for greater value*. Stockholm: EFI.

Rognes, Jon: *Heart Center Varde*. Undervisningscase.

Sjögren, Ebba: *Recept för klinisk forskning – Förutsättningar för innovation och framgång*. Rapport till Delegationen för samverkan inom den kliniska forskningen.

2008

Claes-Fredrik Helgesson och Hans Winberg (red.): *Detta borde vårddebatten handla om*. Stockholm: IFL och EFI.

