

Leading Health Care

LHC REPORT NR 2, 2017

Anna Krohwinkel,
Jon Rognes,
Hans Winberg

Ekonomi för förändring

**ERSÄTTNINGSMODELLER FÖR
INNOVATION – EN VÄGLEDNING**



Ekonomi för förändring

**ERSÄTTNINGSMODELLER FÖR
INNOVATION – EN VÄGLEDNING**

Anna Krohwinkel, Jon Rognes, Hans Winberg

Leading Health Care

Förord

Ekonomi för förändring

Pengar kan vara ett gissel. När det gäller utveckling och innovation i hälso- och sjukvården har de nästan kommit att bli ett rött skynke. För det saknas varken ambitioner att utveckla, resurser till innovationsprojekt eller stora visioner för framtiden i sektorn. Däremot saknas snabbt genomförande och bred spridning av förändrade arbetssätt för att använda nya metoder. ”Det tar 17 år från godkännande till implementering” har länge varit ett mantra i paneler om användning av nya goda idéer.

Stiftelsen Leading Health Care har sedan flera år argumenterat för ett skifte i uppmärksamhet från enbart produkt- eller interventionsutveckling i små piloter till granskning och utveckling av det som vi i Sverige brukar kalla ”systemet”. Vi måste tala om vilka relevanta delar av detta system som faktiskt måste förändras för att inte stå i vägen för utveckling av säkrare, billigare och smidigare metoder. Vi har påpekat att det finns väldigt stora skillnader mellan forskningens kunskap om innovationer i sitt sammanhang – innovationssystem – och praktikens reduktionistiska pilotande.

I denna rapport är fokus på hur pengarna kan fördelas bättre, genom så kallade ersättningsmodeller eller ersättningssystem. Eller vi kanske snarare ska tala om system av ersättningar som möjliggör nödvändig flexibilitet för förändring. Det står helt klart att såväl behovet av och potentialen för utveckling av de organisatoriska delarna av vårdens styrsystem är enorm. Bättre ledning, organisering och styrning av vård och omsorg kan skapa enorm dynamik. Och förstås bättre resursanvändning.

Tack vare ett uppdrag från Vinnova att följa ett antal empiriska fall där innovationsförsök direkt kopplats till ersättningsmodeller har vi kunnat utveckla denna policyguide för utveckling av ekonomisk styrning som medger förändring. Hur fördelning av pengar kan bli mindre störande och kanske mer stödjande. Paradoxen är att bättre styrning ofta åstadkoms genom lägre detaljeringsgrad.

Vi tackar Vinnovas team med projektledarna Karin Eriksson och Linda Swirtun samt avdelningschef Jenni Nordborg för stödet och gott samarbete under projekttiden. Tack också till alla medarbetare i de olika projekten för att generöst ha delat både material, tid och kunskaper med oss. Utan er fanns ingen empirisk forskning!

Och jag vill tacka kollegorna på LHC för att återigen ha fört en gedigen rapport i hamn. Förhoppningsvis till gagn för framtidens policymakare och beslutsfattare i allmänhet, och patienter och personal i alla fantastiska verksamheter i synnerhet!

Stockholm i mars 2017

Hans Winberg, Ek Lic
Generalsekreterare
Stiftelsen Leading Health Care

Innehåll

Sammanfattning	8
1. En vägledning i att ersätta för innovation	12
1.1 Stort intresse kring ersättningsystem för innovation – men begränsad kunskap	12
1.2 Våra utgångspunkter: innovation, mottaglighet och systemhinder	13
1.3 Det finns ersättningsprinciper för innovation	14
1.4 ...men de måste anpassas lokalt och till målgrupp	15
1.5 Tänk på samspelet med andra styrsystem	16
1.6 Det finns fler mål än innovation	16
2. Innovationsutmaningen – några centrala frågor	18
2.1 Hur kan innovationers värde realiseras tvärfunktionellt?	20
2.2 Hur kan innovationers värde realiseras över tid?	20
2.3 Hur kan innovationsutrymme skapas i vardagsarbetet?	22
3. Ersättning som styrmedel – i teorin	24
3.1 Ersättningsformer, ersättningsmodeller och ersättningsystem	24
3.2 Grundläggande ersättningsformer och innovation – hypotetiska förutsättningar	25
4. Vanliga problematiker vid praktisk tillämpning av modellerna	30
4.1 Ersättningen är för detaljerad – ger ingen flexibilitet	31
4.2 Ersättningen är föråldrad – nya arbetssätt ersätts inte	32
4.3 Ersättningen är för innehållsspecifik – ger inga incitament till processinnovation	32

4.4 Ersättningen är för snäv	
– premierar inte innovation i samverkan.....	34
4.5 Ersättningen är för kortsiktig	
– premierar inte investeringar och lärande över tid.....	35
4.6 Är ersättningen för låg?.....	36
5. Ersättning för innovation: fyra möjliggörande principer.....	38
5.1 Förenkling.....	39
5.2 Aggregering.....	40
5.3 Riktade medel.....	42
5.4 Slack.....	43
5.5 För- och nackdelar med de olika principerna.....	45
6. Avvägningar vid utformning av styrningen.....	46
6.1 Specifika eller generella incitament?	46
6.2 Kontroll eller tillit?.....	47
6.3 Avgränsade satsningar eller integrerad innovationsmarginal?	48
6.4 Skalbarhet eller målgruppsanpassning?.....	49
6.5 "Lösningen": En ekonomistyrning som i vart fall inte hindrar.....	50
7. Att utveckla ersättningssystem – en innovation i sig.....	52
7.1 Ekonomistyrning i sitt sammanhang.....	54
8. Checklista för utveckling av ersättningssystem för innovation...56	
9 Appendix: Målgruppsanpassad styrning – ett ramverk med empirisk exemplifiering.....	60
9.1 Målgruppsanpassad vård.....	61
9.2 Olika patienter – olika e-hälsobehov.....	63
9.3 Ekonomistyrning i ett heterogent system.....	65

Sammanfattning:

Ersättningsystem som innovationshinder eller möjliggörare?

Det råder knappast brist på idéer, prototyper, lösningsförslag och resurser för att utveckla hälsa, vård och omsorg. I Sverige läggs årligen ca 9 miljarder av offentliga medel på innovationsområdet i vården. Samtidigt som ambitions- och aktivitetsnivån är hög kring innovation så har utredningar och delegationer slagit fast att något saknas i dagens vårdvardag. Glappet mellan de senaste medicinska och teknologiska landvinningarna och den kliniska vardagen tycks växa.

I denna vägledning presenteras ett antal möjliga handlingsvägar för hur leverantörer av vård och omsorg kan ersättas i syfte att öka deras mottaglighet för innovationer och förändringsarbete. Ekonomisk osäkerhet vid framtagande av innovationer är ett generellt problem, särskilt i tidiga faser av utvecklingsarbete. Inom vården uppstår osäkerheter dock även i införandefasen, då användning av nya lösningar ofta missgynnas på grund av ersättningsystemens konstruktion. Vi fokuserar på hur utrymme kan skapas för att omsätta innovationer i vardagspraktik.

För att bidra till större innovationsutrymme behöver den ekonomiska styrningen utformas så att den inte hämmar förändringsarbete. Därför behövs ersättningsprinciper som i högre grad synliggör och värderar innovationer. I denna vägledning presenterar vi fyra generella möjligheter att överväga vid utformningen av

ersättningsmodeller, när målet är att ge större utrymme för innovation: *Förenkling, aggregering, riktad ersättning och slack.*

Vägledningens huvudpunkter

För att öka utrymmet och mottagligheten för innovationer och förändringsarbete inom vård och omsorg är det flera delproblem som behöver adresseras, bland andra:

- Hur kan innovationers värde realiseras *tvärfunktionellt*?
- Hur kan innovationers värde realiseras *över tid*?
- Hur kan innovationsutrymme skapas i *vardagsarbetet*?

Ekonomistyrningen är inte den enda orsaken till bristande mottaglighet. Dagens utformning av ersättningssystem tenderar dock att begränsa utrymmet för att testa och införa nya lösningar och arbetssätt, speciellt om dessa spänner över organisationsgränser eller ger avkastning först på längre sikt. Några typiska innovationshinder som traditionella ersättningsformer kan ge upphov till:

- Ersättningen är för *detaljerad* – ger ingen flexibilitet
- Ersättningen är *föråldrad* – nya arbetssätt ersätts inte
- Ersättningen är för *innehållsspecifik* – ger inga incitament till processinnovation
- Ersättningen är för *snäv* – premierar inte innovation i samverkan
- Ersättningen är för *kortsiktig* – premierar inte investeringar och lärande över tid
- Är ersättningen för *låg*?

Det finns principer för ersättning som ökar utrymmet och mottagligheten för innovation. I handledningen identifierar och diskuterar vi fyra sådana principer. Dessa är avsedda att kunna hantera orsaker till innovationshinder som traditionella ersättningsformer kan ge upphov till:

- *Förenkling* handlar om att minska antalet komponenter som ersättning beräknas utifrån. Det kan handla om att se över överlappande ersättningar och utvärdera behovet av specifika prestationsersättningar och riktade satsningar.
- *Aggregering* handlar om hur brett och omfattande det så kallade ersättningsobjektet ska vara. Det kan vara vilket åtagande som ligger till grund för en fast ersättning, vilka behandlingar som ingår i en rörlig ersättning eller för vilken typ av resultat som en målbaserad ersättning utgår.
- *Riktad ersättning* för innovation innebär att man betalar för aktiviteter och processer som specifikt ska leda till innovation.
- *Slack* är ett begrepp som anger att det finns fria resurser i en organisation utöver det som behövs för att producera nödvändig output.

Princip	Exempel	Reducerar problemet med...	Stimulerar?	Nackdelar/risiker
Förenkling	Reducering av antalet ersättningskomponenter Högre andel fasta ersättningar	För detaljerad och/eller innehållsspecifik ersättning. Minskar behovet av ständiga uppdateringar	Flexibilitet Fokus på kärnverksamheten genom minskad administration	Mindre information om/kontroll över vad som produceras
Aggregering	Gemensamma ersättningar till flera enheter/utförare	För snäv ersättning	Innovation i samverkan	Mot påverkansprincipen – ersättning delvis utifrån andras insatser
Riktade medel	Projektanslag, fonder	För kortsiktig ersättning	Innovation över tid Investerings-tänkande	Avgränsade insatser som blir svåra att integrera i ordinarie verksamhet
Slack	Ospecificerat budgetutrymme	För detaljerad och/eller låg ersättning	Frihet inom ramarna Tillit	Ofokuserat arbete/missbruk av förtroende

Varje enskild ersättningsform har för- och nackdelar. Vilken princip som är lämplig att använda beror på viken innovationsproblematik som ska adresseras. Vid utformningen av ersättningssystem behöver avvägningar göras bland annat avseende:

- Specifika eller generella incitament?
- Kontroll eller tillit?
- Avgränsade satsningar eller integrerad innovationsmarginal?
- Skalbarhet eller målgruppsanpassning?

Slutligen, ersättningssystem är inte det enda som påverkar utrymmet för innovation. Samspelet mellan den ekonomiska styrningen och andra formella och informella styrsystem är avgörande för vilket innovationsutrymme som frigörs i praktiken, och flexibilitet inom ramen för generella principer är något som bör diskuteras även inom andra områden än ekonomistyrning.



En vägledning i att ersätta för innovation

Stort intresse kring ersättningssystem för innovation – men begränsad kunskap

Intresset för hur ekonomisk styrning av sjukvården fungerar i form av olika ersättningssystem har ökat under det senaste decenniet. Ett stort antal litteraturöversikter gjordes inledningsvis av sambanden mellan olika grundläggande ersättningsformer och olika förväntade verksamhetsutfall såsom produktionsvolym, kvalitet och kostnadskontroll (t ex Jacobsson 2007, Anell 2010, Kammarkollegiet 2012). Fokus i dessa sammanställningar låg på hur ersättningssystem kan utformas för att optimera vården hos enskilda vårdgivande enheter. Detta fokus har sedermera kompletterats av frågan hur valet av ersättningsform kan påverka samverkan mellan vårdgivare (jfr Fernler et al 2014).

I många tidigare arbeten betraktas ersättningssystem och de verksamheter som ska styras som något relativt stabilt. Förutsättningarna för styrning beskrivs som komplexa och lokalt varierande – däremot har förändring och utveckling av verksamheterna över tid inte varit ett centralt tema. Under de senaste åren har ett intresse uppstått för att även inkludera dynamiska aspekter i diskussionen av ersättningsmodeller. En anledning är att befintlig ekonomisk styrning har identifierats som ett centralt hinder för innovation inom vården och omsorgen, både nationellt och internationellt (t ex Lindgren 2014, Robinson 2015).

Även om problemet är välkänt finns det dock begränsat med utredningar av hur ersättningssystem som bidrar till en innovativ vård och omsorg kan utformas. Några tidigare Vinnova-rapporter lyfter fram exempel på hur nya ersättningssystem skulle kunna utformas (Sanandaj 2014; Krohwinkel et al 2015). Det finns dock ett stort behov av systematisering av dessa erfarenheter, och vägledning för dem som praktiskt arbetar med dessa frågor. Den här skriften är tänkt att fylla en liten del av det gapet, särskilt i relation till den svenska vården och omsorgen.

Våra utgångspunkter: innovation, mottaglighet och systemhinder

Begreppet innovation är ett sammanfattande generellt begrepp för att introducera något nytt. Det kan vara ett nytt läkemedel, en medicinskteknisk produkt eller behandlingsmetod, eller ett nytt sätt att leverera vård. Nya organisationslösningar, styrmekanismer, administrativa rutiner och uppföljningsmetoder kan också ses som exempel på innovationer inom vårdssystemet.

Även om förändringen i sig är liten så förutsätter innovationer ofta nya processer och arbetsätt för att fungera och etableras i organisationen. Innovation är mer än idégenerering och implementering, det är försök att påverka verksamheter så att det nya bejakas, integreras i vardagsarbetet och kan fortleva. Det nya måste också bli nyttiggjort (SKL 2015). Hur väl en innovation tas emot är beroende av innovationen i sig, men också av hur innovationsarbetet på längre sikt passar in i det omgivande systemet, och vilka anpassningar som krävs för att få nya lösningar att anammas och spridas.

Ersättningssystemens utformning är en systemdimension av stor betydelse inom offentligt finansierad verksamhet. Ekonomisk osäkerhet vid framtagande av innovationer är ett generellt problem, särskilt i tidiga faser av utvecklingsarbete.

Inom vården uppstår osäkerheter dock även i införandefasen, då användning av nya lösningar ofta missgynnas på grund av ersättningssystemens egenskaper. Att ersättningen inte medger flexibilitet med att pröva nya arbetssätt, inte premierar lösningar vars värde realiseras över mer än en resultatenheter, eller missgynnar långsiktiga investeringar är vanliga problem.

Vägledningen bidrar med kunskap om dessa problem och hur de kan hanteras i den praktiska styrningsutformningen.

Det finns ersättningsprinciper för innovation

I vägledningen presenteras ett antal alternativ för hur leverantörer av vård och omsorg kan ersättas i syfte att öka deras mottaglighet för innovationer och förändringsarbete. Med utgångspunkt i de tre väl etablerade ersättningsformerna fast, rörlig och målrelaterad ersättning, presenteras vilka teoretiska förutsättningar för innovation som ges med olika ersättningsmodeller.

Vi presenterar sedan olika principer för hur modellerna kan anpassas för att öka mottagligheten för innovation. Snarare än teoretiska (hypotetiska) implikationer handlar det här om hur ersättningsmodeller kan definieras i sin praktiska tillämpning. Aspekter som blir centrala är exempelvis vem som får ersättningen, över vilken tidsperiod, samt hur detaljerat grunden för ersättningen beskrivs.

De fyra principerna som tas upp är *förenkling* av ersättningssystemets komponenter, *aggregering* av ersättning över enhetsgränser, *riktade medel* för innovation samt *slack*, det vill säga styrningsmässigt innovationsutrymme i vardagsarbetet. I vägledningen diskuteras för- och nackdelar med dessa principer med hjälp av olika praktiska exempel. En central fråga är om det är införandet av en viss innovation, eller det allmänna innovationsklimatet som man vill främja.

Dessa grundläggande principer är generella, vilket innebär att de kan användas för att utforma ersättning för många olika former av vård eller omsorg. De kan också tillämpas oavsett om vården och omsorgen bedrivs i offentlig eller privat regi.

I samband med genomgången av generella principer ges några konkreta exempel på pågående försök med att utforma ersättning i syfte att öka mottagligheten för innovation i olika sammanhang. Exempelen är hämtade dels från utvecklingsinitiativ i olika kommuner och landsting, dels från internationella erfarenheter och system som har framhållits som föregångare när det gäller innovationsutrymme och innovativitet, t ex Sanandaj (2014); Krohwinkel et al (2015) samt Johansson Krafve (2017 kommande; underlagsrapport till denna vägledning som är under publicering).

...men de måste anpassas lokalt och till målgrupp

Att det finns allmängiltiga principer ska inte misstolkas som att det finns ett enskilt bästa sätt att ersätta för ökad innovation. Tvärtom är en förutsättning för att ett ersättningssystem ska få önskad effekt i praktiken att generella principer anpassas till lokala förutsättningar. En faktor som har betydelse för hur ett möjligt och lämpligt ersättningssystem kan utformas är hur de övergripande målen för vården och omsorgen definieras och prioriteras lokalt i kommun eller landsting. Aspekter som behöver tas i beaktande är hur utförarlandskapet ser ut och hur patientpopulationen är sammansatt, men också exempelvis lokala geografiska förutsättningar. Detta kan påverka vilka vårdformer man vill satsa på att utveckla, och inom vilka patientgrupper man särskilt ser ett behov av och/eller intresse för att testa innovativa lösningar.

Vården behöver en styrning som gör det möjligt att anpassa aktiviteter till det som patienten behöver. I handboken presenteras ett ramverk för hur vårdproduktion i allmänhet – och ersättningsmodeller i synnerhet – kan anpassas till problemen och utvecklingsbehoven inom olika patientgrupper. Dessa grupper utgör ett alternativ till den indelning i vårdformer och produktionsenheter som vi har idag. Utifrån exemplet e-hälsa diskuterar vi hur man kan ta fram en målgruppsanpassad styrning som möjliggör för olika typer av innovationer för olika patientbehov.

Tänk på samspelet med andra styrsystem

Kan innovation främjas genom ekonomistyrning? Även om ekonomiska incitament och hinder kan ha stor betydelse för hur vården och omsorgen i praktiken bedrivs, så är det viktigt att komma ihåg att innovationshinder kan finnas i flera olika dimensioner som alla måste beaktas och hanteras. Det kan exempelvis inbegripa legala och professionella regler, riktlinjer och föreskrifter, rådande organisationsstrukturer och arbetsfördelning, befintliga tekniska system, professionella arbetssätt och värderingar, kompetens och kompetensutveckling. Flera typer av förändringar i kunskaper, förståelse, attityder och angreppssätt är nödvändiga. Varken ekonomer, IT-utvecklare, huvudmän eller vårdprofessionella "äger" området förändringsarbete eller verksamhetsutveckling, utan alla behöver samverka för att överbrygga sin olika kompetensområden och sina skillnader i synsätt.

Ett ersättningssystem kan inte heller konstrueras oberoende av andra styrsystem. Befintliga uppdragsbeskrivningar och uppföljningssystem har exempelvis stor betydelse för hur ersättningsmodeller kan utformas. I slutändan är det samspelet mellan ersättningssystem och andra styrformer i vården som är avgörande för att förstå vilka effekter som kan förväntas. Vägledningen avslutas därför med en kort diskussion kring ekonomistyrning i det större sammanhanget.

Det finns fler mål än innovation

Det bör betonas att medan fokus i den här vägledningen ligger på att diskutera hur ersättningsprinciper kan öka innovation och mottagligheten för innovation, så måste ersättningar och andra styrsystem även fortsättningsvis tillgodose andra värden. En lokal balansering av olika mål kommer alltid att vara nödvändig. Exempelvis så ställs allt större krav på resurshushållning inom vården och omsorgen. Nya tekniker kan vara dyrare, i alla fall initialt. En styrning som betonar enskilda enheters resultatansvar inom varje givet budgetår kan komma att stå i strid med långsiktiga utvecklingsinitiativ som kanske ger effektivitetsvinster först på sikt, eller inom ett annat område än där investeringen gjordes.

Innovation är inte heller något fördefinierat gott – behovet av förändring måste alltid vägas mot behovet av stabilitet och förutsägbarhet i verksamheterna. Om reformer, utvecklingsinitiativ och projekt staplas på varandra utan att berörda vårdprofessionella tydligt ser nyttan, riskerar förändringströtthet snabbt att bli en orsak till förändringströghet.

Det är en fördel om vårdens olika aktörer tidigt kan involveras i utvecklingen av nya ersättningsmodeller, inte minst genom att ge sitt perspektiv på de hinder man eventuellt upplever med den befintliga styrningen. Mycket tyder på att ett utrymme för inslag i arbetet som inte kan specificeras i förväg är en viktig premiss för att våga testa nytt. En mindre snäv styrning lämnar också större utrymme för lokala variationer och situationsanpassning. En risk är samtidigt att likabehandling och ett homogent utbud inte i lika hög utsträckning kan garanteras. Det krävs alltså en viss riskvillighet och tillit från huvudmännens sida för att våga sig på en mer innovationsvänlig styrning. Sådana beslut måste tas och ansvaras för politiskt, även om själva utformningen av styrmodellerna lämnas till administratörer att besluta om (jfr Edquist 2014).

Vägledningen syftar till att underlätta för tjänstemän att uttryckligen ta hänsyn till och beakta incitamenten för målvärdet innovationsutrymme när man gör dessa nödvändiga avvägningar vid utformningen av ersättningssystem.

Innovationsutmaningen – några centrala frågor

En sak är säker och det är att det knappast råder brist på idéer, prototyper och lösningsförslag för att utveckla hälsa, vård och omsorg. Inte heller fattas resurser. I Sverige läggs årligen ca 9 miljarder av statliga medel på innovationsområdet i vården. Regeringens innovationsstrategi, miljardsatsningen på FoU inom livsvetenskaperna, inrättandet av ett innovationsråd för kvalitetsutveckling inom offentlig sektor liksom Vinnovas särskilda satsning på vårdutvecklingsfrågor är bara några i raden av nyligen genomförda statliga initiativ. Till detta skall läggas alla de satsningar som görs av privata aktörer på lokal, nationell och internationell nivå.

Samtidigt som ambitions- och aktivitetsnivån är hög kring innovation så har utredningar och delegationer slagit fast att något verkar saknas i dagens vårdvardag. Glappet mellan de senaste medicinska och teknologiska landvinningarna och den kliniska vardagen tycks växa. Varför går införande och spridning av nya teknologier och arbetssätt ofta så trögt? Digitaliseringen är ett aktuellt exempel. De flesta verkar överens om digitala verktyg har potential att öka både effektiviteten och kvalitén i den vård vi får ut för våra begränsade resurser. IT är ett evigt löfte, men alltför ofta en daglig förbannelse eller åtminstone en återkommande besvikelse och ett stort irritationsmoment.

Vi menar att en viktig del av problemet ligger i synsättet och angreppssättet på IT-satsningar, både i projektdesign och synen på implementering (Krohwinkel et al 2016). Det samma gäller många andra typer av innovationer i vården och omsorgen.

Givet de nationella, regionala och lokala kraftsamlingar som görs och har gjorts för att stimulera framtagande av innovationer, är det en aning förvånande att en så liten del av resurserna har lagts på att förstå de organisatoriska sammanhang i vilka innovationerna ska tas emot och omsättas för att kunna bli vårdvardag. Vi menar att diskussionen om innovationsklimat relativt sett borde handla mindre om produktutveckling och funktionalitet och istället mer om arbetsformer för förändringsarbete, samverkan mellan professioner och förutsättningar för långsiktig utveckling och dynamik (jfr Mähring & Kjellberg 2008). Det innefattar även bättre förståelse för de mekanismer i dagens vårdssystem som försvårar för innovationer att få genomslag.¹

Vården och omsorgen är komplexa system och införandet av något nytt påverkas av systemförutsättningar i ett flertal olika dimensioner, från formella regelverk till informell styrning i form av normer och invanda beteenden. Ett hinder är att nuvarande organisering, såväl av vardagsvården som av själva innovationsarbetet, inte alltid stödjer införandet av nya arbetssätt och metoder. Även den professionella kulturen kan innefatta revirbevakande och motvillighet till förändring. Ett strukturellt hinder till att innovationer inte tas emot eller sprids är att de styrsystem som finns på plats inte utvecklas i samma takt. Några centrala frågor är:

¹ En jämförelse kan göras med utvecklingen inom innovationsforskningen. När den växte fram dominerade initialt den "linjära modellen" i synen på innovationsprocesser. Den linjära modellen baseras på antagandet att innovationer är tillämpad vetenskap. Processen ses som ett antal väldefinierade och på varandra följande stadier som innovationer antas genomgå: grundforskning, tillämpad forskning och utveckling, senare utveckling av produkter/processer/produktion och slutligen tillväxt och sysselsättning. Den linjära synen dominerade under flera decennier när innovationsstudier började utvecklas som ett självständigt forskningsområde under 1960-talet. Från mitten av 1980-talet började dock en alternativ syn på innovationsprocesser växa fram. Den betonade i ökande grad kommunikation, samarbete och interaktivt lärande som drivkrafter bakom innovationsprocesser och såg dem som "systemiska" snarare än linjära. Ett grundantagande är att innovationer inte kan drivas isolerat, utan det krävs en successiv anpassning mellan försök och omgivning/organisation för att förändringen ska få fäste. Inom dagens innovationsforskning har detta mer systemiska och helhetliga angreppssätt i stort sett helt ersatt den linjära synen. Som Edquist (2014) påpekar släpar dock innovationspolitiken efter i detta avseende. Vi kan tillägga att struktureringen av innovationsområdet inom dagens sjukvård också har en bit kvar.

Hur kan innovationers värde realiseras tvärfunktionellt?

Vårdens långt drivna specialisering är en grund för fördjupad kunskapsutveckling och innovation. Ju mer specialiserad verksamhet, desto bättre är svensk sjukvård på att leverera ständigt bättre resultat i kliniska indikatorer. Samtidigt kan ett starkt fokus på specialisering motverka överföring av nya arbetssätt mellan enheter och funktioner. Det kan också hindra vårdgivare från olika områden att ta fram gemensamma lösningar. Problem med samverkan och kontinuitet, speciellt för patienter som behöver insatser från mer än en specialitet, är tecken på att incitamenten för verksamhetsutveckling över gränser är svaga. En utmaning är att hitta arbetssätt, organiseringsmodeller och ersättningslösningar som möjliggör att resurser kan omfördelas mellan olika enheter när det behövs.

Hur kan innovationers värde realiseras över tid?

Innovationsarbete bedrivs ofta i avgränsade projekt- och studiemiljöer. Tillfälliga lösningar för finansiering, databearbetning, regelundantag och specialrutiner är vanliga strategier för att komma runt systemhinder och möjliggöra ett smidigare projektgenomförande. En stor frustration för många som arbetar med innovation och verksamhetsutveckling i vården är dock svårigheterna att överföra ett lyckat projekt till ordinarie verksamhet. Detta är ett grundläggande strukturproblem som berör såväl långsiktig finansiering som implementering och spridning. Det krävs att innovationsarbete utformas och bedrivs så att det på längre sikt passar in och kan integreras i det omgivande systemet.





Hur kan innovationsutrymme skapas i vardagsarbetet?

Hinder för mottaglighet och överlevnad, vilka omvänt är de utmaningar som måste adresseras för att realisera innovationspotentialen, finns i olika dimensioner som alla måste beaktas och hanteras. Det behövs ett systematiskt arbete för att identifiera, förstå och städa bort hinder för utveckling. Detta innefattar bland annat att se över gamla rutiner och vanor, men också att rensa bort regelverk som hämmar personalens kreativitet och flexibilitet att pröva nya metoder i vardagsarbetet. Alltför mycket styrning i detalj där processer och metoder är låsta begränsar det utrymmet. Det behövs bättre förståelse för vilka förutsättningar som behöver vara uppfyllda för att skapa egagemang, energi och uthållighet i förändringsprocesser lokalt.

Den här vägledningen utgår från frågan hur vi kan ta tillvara mer av den potential som innovation i vården och omsorgen faktiskt har. Vi fokuserar på hur ovanstående problematiker kan adresseras genom utveckling av ekonomiska styrningsmodeller. Som tidigare nämnts är ekonomisk styrning bara ett av flera möjliga verktyg för att främja innovation. Ovan beskrivna problem kan inte lösas enbart med nya ersättningsystem. Men ersättningsystem kan utformas för att i mindre utsträckning än idag hindra god utveckling.

Vägledningens fokus och avgränsningar

Fokus i denna skrift ligger på utformningen av den ersättning som utförare av vård- och omsorgstjänster får av landsting och kommuner. Vi behandlar inte frågan om sjukvårdens finansiering på nationell nivå. Vi behandlar inte heller försteg till innovation, såsom innovationsupphandling eller risktagande vid t ex läkemedelsutveckling.

Vi fokuserar på hur utrymme kan skapas för att omsätta innovationer i vardagspraktik, och hur olika ersättningsprinciper kan förväntas bidra till detta. Vi diskuterar även de frågor som uppstår när de teoretiska modellerna ska omvandlas till praktiska styrverktyg i förvaltningen. Detta är en central dimension i styrningsutformning som förbisetts i de flesta tidigare studier av ersättningsystem.

Rapportens fortsatta upplägg

Nedan introduceras kortfattat några nyckelbegrepp som utgör utgångspunkter för resonemanget i detta kapitel. Vi utgår från ett systemperspektiv på innovation: innovation är inte bara spridning, det är försök till att påverka verksamheter så att en ny metod eller ett nytt arbetssätt bejakas. Vi fokuserar särskilt på hur sambanden mellan förändringar i styr- och stödsystem och behovet av verksamhetsutveckling ser ut. Ersättningsystem som innovationshämmare alternativt möjliggörare beskrivs mer ingående i påföljande avsnitt.

Ersättning som styrmedel – i teorin

I detta avsnitt går vi kortfattat igenom de generella ersättningsformer som är väl etablerade inom hälso- och sjukvården och omsorgen. Fokus ligger på sambanden mellan grundläggande ersättningsformer och förutsättningarna för innovation.

Genomgången bygger bland annat på Lindgrens (2014) utredning av olika ersättningsmodellers för- och nackdelar. Den beskrivning som presenteras här utgår från modellernas rena form, det vill säga det är de teoretiska effekterna av olika ersättningsformer som presenteras. En problematisering utifrån empiriska observationer följer i nästa avsnitt.

Ersättningsformer, ersättningsmodeller och ersättningsssystem

En både teoretiskt och praktiskt väl etablerad indelningsgrund som brukar användas för att kategorisera olika former av ekonomisk ersättning är fast, rörlig och målrelaterad ersättning. Den indelningen täcker i princip in alla befintliga ersättningsformer inom hälso- och sjukvården och omsorgen.

I praktiken utgörs ersättningen inom olika vårdområden ofta av en kombination av de olika ersättningsformerna.

Man talar då om ersättningsmodeller eller ersättningsystem. Argument för att kombinera olika typer av ersättningar är att ingen ersättningsform ensam klarar av att ge positiva effekter på samtliga övergripande målvärden. Genom att kombinera de olika ersättningsformerna skapas bättre möjligheter att komma fram till en rimlig avvägning mellan flera önskvärda mål, vilka ofta är motverkande. Samtidigt kan en renodling av ersättningsformer vara rimlig i situationer där man vill skapa tydlighet i vilka målvärden som prioriteras eller på grund av att man vill undvika de ökade administrativa kostnader som kombinationer av ersättningsformer brukar innebära. Sådana prioriteringar kan dock förändras över tid, varför balansering mellan olika mål är en kontinuerlig uppgift.

Oavsett om olika former kombineras eller ej, kräver utformningen av ersättningssystem kunskap om vilka effekter enskilda ersättningsformer kan förväntas få för den verksamhet som ersätts. Vi ska ge en kort summering av de tre grundformerna med betoning på potentiella effekter på innovation. För en mer detaljerad genomgång av dessa ersättningsformer och andra förväntade verksamhetsutfall, samt en diskussion om hur olika ersättningsformer kan kombineras, hänvisas till Kammarkollegiet (2012) och Lindgren (2014).

Grundläggande ersättningsformer och innovation – hypotetiska förutsättningar

Fast ersättning

Fast ersättning innebär att utföraren får ersättning för ett generellt åtagande, det vill säga ersättningen blir densamma oavsett hur mycket vård och omsorg som produceras och oberoende av verksamhetens resultat. Fast ersättning har traditionellt använts mycket inom offentlig sektor. Den förknippas ofta med anslagstilldelning, det vill säga på förhand bestämd budgeterad ersättning. Ett annat exempel är kapiteringsersättning, där exempelvis en vårdcentral ersätts med ett fast belopp per listad patient, oberoende av hur mycket vård som patienten i realiteten får.

Fast ersättning leder till god kostnadskontroll för den kommun eller det landsting som ska betala. Den ger möjlighet för utföraren att själv välja hur uppdraget ska utföras inom de finansiella ramarna, vilket kan stimulera innovation. Samtidigt ger en fast ersättning ett starkt incitament för utföraren att hålla nere produktionsvolymen och/eller kostnaderna. Det kan leda till att innovationer som minskar resursanvändningen prioriteras. Effektivitet kan dock leda till minskade anslag eller schablonbelopp i framtiden, vilket i vissa fall kan verka som en motkraft. Tidpunkten för utbetalningen av ersättningen har här betydelse: Om den ges i förväg har vårdproducenten större möjlighet att anamma innovativa lösningar, eftersom medlen finns tillgängliga.

Rörlig ersättning

Utmärkande för så kallad rörlig ersättning är att den varierar med volymen vård och omsorg som verkligen produceras. Vanliga exempel är ersättning per besök inom primärvården, per antal belagda platser inom särskilt boende, per utförd timme inom hemtjänsten, och per vårdtillfälle, behandling eller ingrepp/åtgärd inom specialistvården. Andra benämningar på rörlig ersättning är prestationsersättning eller åtgärdsbaserad ersättning.

Eftersom rörlig ersättning ges utifrån producerad volymenhet ger denna ersättningsform incitament till utföraren att öka produktionen. Incitament ges för innovationer som innebär högre aktivitet. Huvudmannen får acceptera en ökad totalkostnad, men detta kan vara motiverat om det leder till bättre hälsoutfall. Ofta finns dock farhågan att vårdgivare kommer att leverera ”för mycket vård”, i den meningen att värdet av den ökade hälsoeffekten blir lägre än kostnaderna för ytterligare vårdinsatser.

Med rörlig ersättning finns möjlighet och incitament att minska resursanvändningen genom processinnovationer inom ramen för de insatser som ersätts. Detta kan exempelvis gynna e-hälsolösningar och olika former av distansvård, eller task shifting från läkare till sjuksköterskor eller till patienten själv för vissa åtgärder.

En förutsättning är dock att insatserna är definierade på ett sådant sätt att dessa förändringar i innehåll och utförande tillåts med bibehållen ersättning.

Målrelaterad ersättning

En nackdel med både fast och rörlig ersättning är att de i princip ger samma utbetalning till vårdgivaren oavsett om de producerade insatserna har hög eller låg kvalitet. Så kallad målrelaterad ersättning är en ersättningsform som har utvecklats i syfte att skapa drivkrafter för kvalitetsförbättringar. Grundprincipen är att utföraren får högre ersättning om denne uppfyller de mål som huvudmannen formulerat.

När ersättningen är resultatbaserad ligger en implicit bedömning av vad som anses kostnadseffektivt i modellen. Det gör att vårdproducenten får möjlighet att anamma även kostnadsdrivande innovationer, om de ökade kostnaderna täcks av den ökade ersättningen som resultat av förbättringen i utfall. I realiteten är dock den bonus som betalas ut ofta förhållandevis liten, vilket begränsar incitamenten.

Viktigt att komma ihåg är också att incitament skapas för att uppnå de målsättningar som belönas av systemen. De mål som används för att ge målrelaterad ersättning består oftast av processmål, det vill säga de beskriver olika insatser och åtgärder som vårdgivarna ska utföra. Ett mål kan exempelvis vara att en viss procentandel av de patienter som behandlas vid vårdenheten ska ha fått en läkemedelsgenomgång. Incitamenten och effekterna av målrelaterad ersättning baserad på processmål har stora likheter med vad som gäller för rörlig ersättning.

Målrelaterad ersättning baserad på resultat, det vill säga mål för vilka effekter behandlingar ska ge, är fortfarande mycket ovanlig. Vissa försök pågår med så kallad värdebaserad ersättning, där en av de bärande ideerna är att en betydande del av ersättningen ska vara knuten till utfall.

I modellens praktiska användning uppkommer dock begränsningar, bland annat relaterat till svårigheten att definiera relevanta utfallsmått (se vidare under aggregering/vårdepisoder nedan). Röster har också höjts för vikten av att framgångsrika enheter kan behålla en del av de resurser som frigörs när kvaliteten ökar – annars begränsas de faktiska incitamenten till innovation över tid.

Tabell 1. Grundläggande ersättningsformer och de hypotetiska förutsättningarna för innovation

	Innovationsfrämjande faktorer	Innovationshämmande faktorer
Fast	Flexibilitet inom ramen för anslaget Incitament till innovationer som medför kostnadsminskningar	Förväntad anslagsminskning som resultat av effektivisering
Rörlig	Incitament till innovationer som innebär ökad produktion Incitament till processinnovation inom ersatta insatser	Detaljspecificerade insatser, förväntat ersättningsbortfall vid införande av nya arbetsätt
Målrelaterad	Incitament till kvalitetsförbättring utifån givna paramentrar Utrymme för kostnadsdrivande innovationer, om kostnaden täcks av den målbase- rade ersättningen	Ofta relativt liten bonus Förväntad ersättningsminskning som resultat av effektivisering Den faktiska flexibiliteten att testa nytt påverkas av hur målen definieras



Vanliga problematiker vid praktisk tillämpning av modellerna

Beskrivningen ovan bygger på några av de svenska genomgångar av olika ersättningsystem och deras styrande effekter som gjorts under senare år (bl a Jacobsson 2007, Anell 2010, Kammarkollegiet 2012). Gemensamt för dessa genomgångar är att de i mycket begränsad omfattning belyser hur ersättningar till vårdgivare kan bidra till innovation och dynamik. Ett undantag är Lindgren (2014), som belyser olika ersättningsformers teoretiska effekter på bland annat innovation. Innovation definieras här som något som syftar till att förbättra vårdens effektivitet, vilket kan ske ”antingen genom att minska resurstillgången för att uppnå ett givet hälsoutfall, eller genom att åstadkomma ett bättre hälsoutfall på ett kostnadseffektivt sätt” (s. 27). Detta är ett relevant perspektiv, men ger en begränsad bild av hur ersättningsmodellerna påverkar de praktiska möjligheterna och utrymmet för vårdgivare att ta emot och omsätta innovationer i vardagsarbetet.

Detta påverkas i hög grad av hur ersättningen definieras administrativt, när de teoretiska modellerna ska omvandlas till praktiska styrverktyg. Centrala frågor i den praktiska tillämpningen av ersättningsmodeller är exempelvis: Vem ska få ersättningen? Under vilken tid? Hur noga ska den verksamhet som ersätts definieras?

Hur många ersättningskomponenter ska vi ha? Hur hög ska ersättningen vara?

Val avseende dessa parametrar påverkar i hög grad innovationsutrymmet i de lokala verksamheter som ska styras. Problemet med ersättningsmodellernas utformning är dock inte entydigt, utan består av flera delkomponenter. Nedan presenteras några vanliga problematiker.

Ersättningen är för detaljerad – ger ingen flexibilitet

Ett första delproblem med den ekonomiska styrningen är att den kan uppfattas som för detaljerad. Detta gäller speciellt när ersättningen utgår per åtgärd, exempelvis baserat på en fördefinierad insatslista som det är svårt att avvika ifrån. Fasta anslag och kapitering ger generellt bättre stöd för användningen och implementeringen av innovationer, eftersom flexibiliteten för vårdgivaren att variera arbetssätt utan att det påverkar intäkterna är större inom ramen för dessa modeller. Målrelaterad ersättning används ibland som ett argument för att öka innovationsutrymmet, men om de resultat som ersätts är mycket specifika, till exempel genom sin koppling till vissa processer eller snävt avgränsade patient/brukargrupper, så kan effekten bli den motsatta.

Om ersättningen är detaljerad är den normalt också mångfaldig, det vill säga den består av många olika ersättningskomponenter. Detta skapar mycket administration – tid och resurser som kanske skulle kunna användas till annat. Den svenska sjukvårdsdebatten har bland annat handlat om ett missnöje med den inrapportering som krävs för att få ersättning i DRG-modellen. Att nyttan upplevs som begränsad hänger delvis ihop med att det underlag som ligger till grund för beräkning av ersättningar sällan används för återkoppling direkt till verksamheten. Det är möjligt att en i högre grad automatiserad inrapportering i kombination med mer kvalificerade analyser med lokal relevans istället skulle kunna fungera som ett stöd för att påvisa var innovationsbehov och –utrymme finns (se t ex Krohwinkel et al 2017).

Ersättningen är föråldrad – nya arbetssätt ersätts inte

Ett andra delproblem är eftersläpningar i den ekonomiska styrningen, det vill säga att ersättningssystemen inte revideras tillräckligt snabbt när nya arbetssätt eller behandlingsmetoder har tagits fram. Osäkerheter kring vilken ersättning en vårdgivare kommer att få om man använder sig av en ny metod försvårar den bredare spridningen av dessa metoder, även om den medicinska nyttan med innovationen är oomtvistad.

I åtgärdsbaserade system tar det vanligen 1–2 år för insatslistorna att uppdateras. Ibland längre, beroende på beredningstid och budgetcyklar. Likaså utgår beräkningen av de poäng (vikter) som ligger till grund för DRG-ersättning från historisk resursförbrukning. Det leder till att kostnaden för ny teknik inte finns med i budgeteringen. Även ersättning för nya läkemedel kan släpa efter, eftersom den hälsoekonomiska bedömningen av huruvida läkemedlets nytta står i relation till dess kostnad kan ta tid. Att styrningen uppdateras långsamt kan alltså bero på att det helt enkelt tar tid att ta fram nya underlag, men också på den bakomliggande synen att styrmodellerna är till för att stabilisera det som är vedertaget, och att de ska upplevas som robusta. Ur vårdpraktikens perspektiv kan det dock framstå som att ersättningsmodellerna baserar sig på gårdagens förutsättningar och krav, vilket begränsar mottagligheten för innovation.

Av denna anledning har man i bl a Tyskland infört särskilda finansieringsmekanismer för att ny teknik och nya läkemedel ska kunna användas innan de ordinarie systemen uppdaterats (Johansson Krafve 2017 kommande).

Ersättningen är för innehållsspecifik – ger inga incitament till processinnovation

Ett tredje delproblem är hur själva insatserna beskrivs och definieras i ersättningssystemen. Är det allmänna funktioner eller specifika aktiviteter som ersätts (ska lägenheten hållas ren, eller är x antal minuter avsatta till dammsugning)?



Innovation innebär ofta att medlen för att nå målet/processen förändras. Det kan gälla hur tjänsten utförs, var den utförs eller vem som utför den. Det finns många exempel på distanslösningar och egenvård där utveckling av avancerad teknologi och e-tjänster idag möjliggör att patienter i många fall kan vårdas eller vårda sig själva i hemmet med samma medicinska säkerhet som om de var på sjukhus. Om ersättningen är platsbunden (till vård inom vårdgivarens väggar) eller kompetensbunden (erättning utgår specifikt till läkarbesök) så begränsas incitamenten till dessa innovationer.

Ett relaterat problem är att det finns ont om ersättningsmodeller som ekonomiskt premierar en minskning av antalet fysiska möten med vården. Att införa distansövervakning i hemmet kräver investeringar i teknisk utrustning hos patienten och utbildning i nya arbetssätt hos vårdgivaren. Men vinsten tillfaller samhället i stort, eftersom patienten inte längre behöver komma in akut, läggas in och rehabiliteras, något som vårdgivarna ersätts för i nuläget. Samma resonemang kan tillämpas för rehabiliterande åtgärder, där målet är att minska patientens behov av vård.

Detta beskrivs ofta som att det inom ramen för dagens ersättningsmodeller finns begränsat med incitament att satsa på innovationer som innebär en minskning av den egna produktionen. Men det är en vårdgivarcentrerad syn på hur vård tillhandahålls. En bättre problembeskrivning vore att synen på var ”produktionen” kan ske behöver vidgas inom ramen för styrningen.

Ersättningen är för snäv – premierar inte innovation i samverkan

Beskrivningarna ovan illustrerar en mer grundläggande problematik som grundar sig i att investeringar och besparingar av innovationer ofta spänner över organisationsgränser. Nya arbetssätt inom hälso- och sjukvården kan minska kostnaderna i t ex äldreomsorgen, eller tvärtom för den delen.

Att kostnader och vinster hamnar inom olika områden krockar med betoningen i den nuvarande styrningen på enskilda enheters

resultatansvar: Varje vårdenhet ges ett avgränsat ansvar och ersätts för att uppfylla detta, inte mer. Då ersättning ges som budgettilldelning till, eller per utförd åtgärd inom, en specifik enhet uppmuntras en effektiv vård inom varje del av vårdkedjan/processen, oberoende av vilken effekt det får för den övriga vården. Traditionell ekonomisk styrning leder följaktligen till att enheter vars verksamheter är nära kopplade blir ekonomiskt avgränsade från varandra. Det primära för varje enhet blir att klara sitt eget avgränsade uppdrag, snarare än att se till helheten för patienten eller samhället. Därmed minskar också incitamenten till innovation över verksamhetsgränser (jfr Fernler et al 2014).

Eftersom sjukvårdens organisation i hög grad utgår från medicinska specialiteter kan nya tvärfunktionella lösningar få stora ekonomiska konsekvenser för en verksamhet. Motstånd brukar uppkomma när en innovation leder till att den verksamhet som tidigare hanterat ett sjukdomstillstånd förlorar resurser, samtidigt som den verksamhet som får ta över behandlingen anser sig få otillräcklig kompensation för sina uppgifter. Detta bygger på den gammaldags synen att ekonomin ska vara ”rättvis” mellan produktionsenheter, snarare än rättvisande utifrån patientens faktiska vårdkonsumtion.

Ersättningen är för kortsiktig – premierar inte investeringar och lärande över tid

Kostnader och utfall av sjukdomsförebyggande och hälsoförbättrande insatser spänner typiskt sett över lång tid, medan den ekonomiska styrningen på verksamhetsnivå vanligen omfattar ett budgetår. Utifrån detta perspektiv blir införandet av en ny behandlingsmetod under ett visst år problematisk, om inte åtgärden är budgetneutral, det vill säga att den antingen genast leder till minskade kostnader eller ökade intäkter till resultatenheten.²

² Hälsoekonomiska bedömningar karakteriseras däremot av möjligheten till en längre tidshorisont, från några år till flera decennier. Det som värderas är såväl direkta som indirekta kostnader och intäkter. När och var en kostnad eller intäkt uppstår spelar mindre roll. TLV tar exempelvis inte hänsyn till eventuella budgetrestriktioner som ett visst landsting har för läkemedel under det kommande året, vilket kan skapa motsättningar mellan hälsoekonomi och den årliga budgetekonomin som tidigare nämnts (jfr Sjögren et al 2010).

Att genomföra förändringar tar dock tid, och framför allt kan det ta tid att omvandla förändringsarbete till förbättring. Nya arbetsätt och tekniker behöver ofta en inkörningsperiod innan (de ekonomiska) resultaten blir positiva. Om arbetstiden och kostnaden för att införa ny teknik och nya moment läggs ovanpå befintliga uppgifter utan att extra resurser avsätts, så hämmas den långsiktiga utvecklingen och lärandet.

Problemet med att innovationers investeringshorisont skiljer sig från den gängse ekonomiska styrningen löses ofta genom någon form av temporär finansieringslösning, fondmedel eller liknande, vanligen administrerat i projektform. Projekt är dock sällan en lösning för att öka mottagligheten för innovationer i vårdens vardagsarbete. Tvärtom uppstår ofta problem med överlevnad och spridning efter projektperiodens slut, även om projektet i sig varit lyckat (se vidare om för- och nackdelarna med "riktad ersättning för innovation" nedan).

Är ersättningen för låg?

I likhet med de flesta arbeten kring erättningsystem har denna vägledning sitt fokus på ersättningsprinciperna, det vill säga på vilka grunder ersättningen betalas, snarare än hur stora beloppen är. När det gäller innovation kan det dock vara relevant med en kommentar även kring ersättningsnivåer.

Studier har visat att samverkansproblem mellan exempelvis hemtjänst och hemsjukvård kan bli större när de ekonomiska resursbegränsningarna tilltar (Kraus 2008). Om ersättningsnivån är satt enbart utifrån kostnaden för att genomföra de specifika insatser en vårdgivare ansvarar för, finns inte utrymme för samverkan om den kostar. Detsamma kan antas gälla för innovativa arbetsätt och metoder: det krävs ett visst resursmässigt utrymme för att testa nytt, inte minst eftersom det ofta krävs en inkörningsperiod då produktiviteten tillfälligtvis kan minska.

Samtidigt som budgetutrymme kan öka mottagligheten för innovationer, så visar andra studier att resursknapphet kan vara ett väl så starkt incitament till innovation som ökar effektiviteten.

Nöden är uppfinningarnas moder, som det gamla ordspråket säger. För att möjliggöra experimenterande krävs det dock att visa frihetsgrader i vardagsarbetet tillåts. Kopplingarna mellan budgetutrymme och innovationsutrymme och diskuteras vidare under begreppet ”slack” nedan.

Tabell 2. Sammanfattning av olika ersättningsrelaterade problematiker

Ersättningen är...	Hämmar	Praktiskt exempel
För detaljerad	Flexibilitet (och skapar administration)	Ersättningar som baseras på specifika insats- och/eller diagnoslistor
Föråldrad	Test av nya arbetssätt	Ersättning som är bunden till att patienten besöker en viss plats eller kompetens
För innehållsspecifik	Processinnovation	Ersättning som utgår från handgrepp snarare än funktion
För snäv	Innovation i samverkan	Ersättning som utgår till små enheter med individuella resultatkrav
För kortsiktig	Investeringar och lärande	Ersättning vars användning begränsas till en viss tidsperiod, t ex budgetåret eller löptiden på ett projekt
För låg	Oklara effekter	Ersättning som inte uppfattas vara tillräcklig för att utföra uppdraget på tillfredsställande sätt

Ersättning för innovation: fyra möjliggörande principer

För att bidra till större innovationsutrymme behöver den ekonomiska styrningen utformas på ett mindre konserverande, mindre avgränsande och mer tillitsfullt sätt. Det behövs ersättningsprinciper som i högre grad synliggör och värderar, eller åtminstone inte motverkar, mottagligheten för innovationer. Det finns olika sätt på vilket detta kan åstadkommas. Vi presenterar här fyra generella möjligheter att överväga vid utformningen av ersättningsmodeller, när målet är att ge större utrymme för innovation: *förenkling, aggregering, riktad ersättning* och *slack*.

En utgångspunkt är att det saknas hållbara argument för att vare sig fast, rörlig eller målrelaterad ersättning i sig främjar eller motverkar innovation i vårdsystemet. Alla ersättningsformerna kan utformas så att de ger mer eller mindre incitament till och utrymme för innovation. De fyra principerna för modifiering är avsedda att kunna hantera orsaker till innovationshinder som traditionella ersättningsformer kan ge upphov till. Nedan beskrivs principerna samt deras förväntade effekter.

Förenkling

Förenkling handlar om att minska antalet komponenter som ersättning beräknas utifrån. Det kan handla om att se över överlappande ersättningar och utvärdera behovet av specifika prestationsersättningar och riktade satsningar. Ett sådant arbete pågår sedan en tid på nationell nivå (se t ex Regeringskansliet dir. 2016:51, Riksrevisionen 2017), utifrån förhoppningen att en minskad detaljstyrning ska ge bättre förutsättningar för bland annat samordning och innovation, samt minska den administrativa bördan för vårdverksamheterna (jfr också SOU 2016:2).

Förenkling av ersättningssystemet kan också uppnås genom att grunderna för ersättning förändras från rörliga mot fasta former. Förutom att de kan vara lättare att administrera har fasta ersättningsformer den fördelen att de oftast är mer generellt definierade, och därmed minskar också behovet av uppdatering av systemet när nya arbetsmetoder tillkommer. Ett vanligt klagomål är att utvecklingen av e-hälsotjänster missgynnas när ersättningar baseras på fysiska besök. En möjlig lösning är naturligtvis att lägga till en ersättningsshablon för ”fjärrkontakt” eller liknande. Ett annat alternativ är att definiera om ersättningen så att det är läkarkontakt (på ospecificerad plats) snarare än ”patientbesök på vårdcentral” som ersätts (exempel hämtade från Krohwinkel et al 2015).

En mer långsiktig strategi kan vara att minska andelen prestationsersättningar till förmån för en högre andel kapitering (listersättning). En sådan justering testas just nu inom primärvården i Stockholms Läns Landsting, med syftet att främja innovativa sätt att arbeta med bland annat kroniker. Målet är att det är vårdens funktion och resultat – tillgodoseende av patientgruppens behov på bästa sätt – som ska ersättas, snarare än förspecificerade moment (exempel hämtat från Krohwinkel et al 2015).

Aggregering

Aggregering handlar om hur brett och omfattande det så kallade ersättningsobjektet ska vara. Det kan vara vilket åtagande som ligger till grund för en fast ersättning, vilka behandlingar som innefattas i en rörlig ersättning eller för vilken typ av resultat som en målbaserad ersättning utgår. Aggregering utgör ett indirekt incitament till tvärfunktionell innovation i och med att det utvidgar gränsdragningen för vad som ska ingå inom ramen för en ersättning. Ju mer objektet för ersättningen aggregeras desto större möjligheter finns att utveckla vården utifrån patienter/ brukares sammantagna behov inom de områden som ersättningen täcker. Det blir också enklare att omfördela kostnader och vinster mellan områden.

Om aktiviteter från flera vårdgivare aggregeras innebär det att varje enskild vårdgivare delvis kommer att ersättas baserat på andra inbegripna vårdgivares handlande. Detta är ett avsteg från den så kallade påverkansprincipen (att var och en bara ska belönas för det man som aktör själv kan påverka), men det kan ge incitament till att gemensamt skapa det bästa utfallet för patienten eller samhället (Fernler et al 2014).

LIF har lyft fram flera exempel där aggregering av ersättningar skulle vara fördelaktigt pga att nya läkemedel introducerats som satt fokus på vikten av ett samlat ansvar för patientens vård med flera specialiteter involverade (LIF 2015). Ett fall som också studerats av LHC är behandlingen av långt framskriden prostatacancer, där nuvarande utformning av ersättningssystemet leder till att varken urologi eller onkologi skapar ekonomiskt utrymme för att ge rätt patient rätt behandling i rätt tid. En lösning kan vara att upprätta mottagningar där urologer och onkologer arbetar tillsammans utifrån en gemensam budget (Rognes et al 2015).

Inom specialistvården i flera landsting pågår försök med ersättning för så kallade vårdepisoder, där en ersättning kan täcka hela behandlingsförloppet från diganostisering till behandling. Försöken gäller framför allt diagnoser och behandlingar vars önskade förlopp är lätta att beskriva och mäta, och där relativt få vårdgivare är inblandade. Exempel är höft- och knäledsoperationer och visa

specifika cancerbehandlingar. Aggregeringen skapar incitament för gränsöverskridande förbättringsarbete mellan behandlande verksamheter och dem som utför den påföljande rehabiliteringen. Inom så kallad värdebaserad vård är en bärande idé att en betydande del av ersättningen ska vara knuten till utfall, och därigenom ge starkare incitament till innovationer. Samtidigt så premierar denna typ av ersättning starkt att man följer etablerad praxis, såsom existerande behandlingsriktlinjer. I modellens praktiska användning finns risk för snedvridningseffekter, till exempel genom att mer komplexa patienter (med sämre förväntat utfall) definieras bort från standardförloppet. Modellen har i allmänhet begränsade användningsmöjligheter för patientgrupper där entydiga utfallsmått är svåra att definiera.

Aggregering har även diskuterats som en lösning för att öka innovation i samverkan mellan olika vårdområden. Ett förslag är att i högre utsträckning än idag koppla samman ersättningen för primär- och specialistvård. Minskade kostnader i specialistvården tack vare effektivt preventions- eller samordningsarbete skulle då kunna föras tillbaka till primärvården, eventuellt i ett resultatbaserat system där de enheter belönas som särskilt lyckas minska sina patienters besök i specialistvården (Lindgren 2014).

Internationellt finns flera exempel på ersättningssystem som aggregerats så att en samlad ersättning per brukare bekostar den kontinuerliga vården och omsorgen, från primärvård till socialtjänst (Hagbjer 2012). I Nederländerna exempelvis används buntade ersättningar inom fyra kroniska sjukdomar: diabetes typ II, KOL, astma och patienter med förhöjd risk för hjärt- och kärlsjukdomar. Ersättningen betalas till s.k. vårdgrupper som normalt leds av en allmänläkare eller vårdgivare inom primärvård, som i sin tur kontrakterar och betalar de vårdgivare som behövs för varje patient.

En mer långtgående form av av aggregering vore att basera ersättning på resultat på en mer övergripande systemnivå, så att en sammanslutning av vårdgivare görs ansvariga för den generella hälsan i populationen.

Riktade medel

Riktad ersättning för innovation innebär att man betalar för aktiviteter och processer som specifikt ska leda till innovation. Till skillnad från förenkling och aggregering, som bara skapar indirekta innovationsincitament, så sätter riktade medel för innovation fokus på att finansiera eller belöna själva framtagandet och/eller spridningen av innovationer i sig. Detta innebär att innovationsaktiviteter och deras innehåll till viss grad måste specificeras och fördefinieras i ersättningsmodellen.

Den vanligaste formen av riktad ersättning för innovation är tidsbegränsade medel i form av projektanslag. Riktade medel kan delas ut på olika sätt. Det vanligaste är olika typer av nationella eller lokala innovationsfonder, som ger anslag till olika stadier av innovationsprocessen vid sidan om de ordinarie ersättningar som huvudmännen ger.

Riktad ersättning för innovation kan framstå som den naturliga lösningen när det är innovation man vill uppnå. Ett riktat anslag leder till att problemområden och lösningsförslag får uppmärksamhet, och kan leda till nya samarbeten mellan projektparterna. Samtidigt finns risk att man förbiser hur projektet och det som ”produceras” inom ramen för detta på längre sikt passar in i det omgivande systemet. Det gäller inte minst hur den framtagna innovationen ska finansieras/ersättas efter projekttiden (jfr Krohwinkel-Karlsson 2009).

Riktade medel kan också användas som övergångslösning när de ordinarie ersättningsmodellerna inte kan uppdateras tillräckligt snabbt. Inom den tyska sjukhusvården testas exempelvis en modell med extra ersättning för nya behandlingsmetoder innan de har inkluderats i DRG-systemet (sk NUB). I korthet går NUB-processen ut på att enskilda vårdgivare ansöker om ersättning hos en central myndighet för att pröva en ny behandling. Kraven för att få tilläggsersättning är bland annat att den nya behandlingen kan definieras klart, användandet av den nya behandlingen påverkar kostnadsstrukturen inom det aktuella terapiområdet, och slutligen, att sjukhusets finansiella situation blir sämre om ansökan avslås. Det innebär att innovationen måste vara såpass välutvecklad att ekonomiska nyttoanalyser kan genomföras (exempel från Johansson Krafve 2017 kommande).

Riktade ersättningar kan ges på olika aggregeringsnivå, från små belopp för exempelvis förstudier, till stora systemövergripande ”program”. I Sverige har visst intresse uttryckts för kontraktsformen health impact bonds, som går ut på att identifiera möjligheter att via preventiv vård spara pengar och förbättra välfärden. Programmet kopplar ihop utförare och investerare som tror på idén/det innovativa arbetssättet. Betalning utgår från finansiären först när det visat sig att initiativet nått ”önskvärd effekt” (Sanandaji 2014).

Hur detta resultat ska definieras är ofta den stora stöttestenen. Forskningen visar att innovation främjas bäst genom att processer inte är för låsta på förhand. Det behövs ett långsiktigt perspektiv med tolerans för tidiga avvikelser/omsvängningar, vilket i sin tur kan leda till att resultatet blir ett annat än det planerade. Hur skillnader mellan plan och verklighet ska hanteras är ett dilemma vid all riktad finansiering, speciellt om medel betalas ut först i efterhand utifrån förutbestämda uppföljningsparametrar.

Slack

Slack är ett begrepp som anger att det finns fria resurser i en organisation utöver det som behövs för att producera ”nödvändig” output. Om det inte finns någon slack alls så riskerar innovation och kreativitet att hämmas, eftersom det bara finns tid för de mest grundläggande aktiviteterna. Å andra sidan, om det finns för mycket slack så finns en risk att organisationen blir ineffektiv och börjar använda de överflödiga resurserna på ett kontraproduktivt sätt. I forsknings-termer så beskrivs detta som att förhållandet mellan slack och innovation är omvänt U-format (Richtnér & Åhlström 2006). Utmaningen för alla organisationer är att hitta den rätta balansen mellan resurseffektivisering och att skapa utrymme för innovation.

Ett vanligt missförstånd är att slack/innovationsutrymme förutsätter tillskott av medel. Att skjuta till extra pengar kan vara ett sätt att skapa tid för verksamhets- och kompetensutveckling. Innovationsutrymme kan dock även skapas indirekt, genom att minska andelen på förhand in-tecknade medel inom rådande budget.

Drivkrafterna att testa nya arbetsätt och resurskombinationer kan antas öka om det finns möjligheter för utförare att omfördela kostnader internt. Fasta klumpersättningar ger större flexibilitet i detta avseende, medan incitamenten kan antas minska ju mer specifik och detaljerad ersättningen är.

Samma resonemang kan appliceras på möjligheten att omfördela medel över tid, mellan budgetår. Denna möjlighet diskuteras sällan när det gäller ersättning till utförare inom vård och omsorg – däremot är den ett vanligt inslag i regeringens styrning av de statliga myndigheterna. Myndigheternas budget som fastställs och specificeras i de årliga regleringsbrevens bestämmer inte bara hur stort anslaget är och vad det får användas till, utan även möjligheten till anslagssparande, det vill säga huruvida det finns anslagsbehållning som får disponeras från föregående år till kommande år. Flera myndighetsrepresentanter uttrycker att de skulle uppleva ett större förtroende från regeringen om de fick en större flexibilitet i hur de får använda anslagen samt fick längre förutsättningar än ett år framåt. (Statskontoret 2016). Det finns ingen anledning att anta att incitamenten fungerar annorlunda bland utförare av vård och omsorg.

Slack som incitament handlar alltså om att skapa frihet för experimenterande inom de givna ramarna. Vad gäller ramarnas storlek (alltså ersättningsnivåerna, eller budgetens totala belopp) och kopplingen till innovation så är sambanden tvetydiga. En del studier visar att vårdpersonal upplever sig ha större möjligheter att agera situationsanpassat då enhetens ekonomi upplevs som ”god” (Kraus 2008). Andra studier har pekat på resursknapphet eller till och med ”kris” som en trigger till innovation (jfr. talesättet ”nöden är uppfinningarnas moder”). Det finns dock anledning att anta att resursknapphet som innovationsincitament bara fungerar bra om man samtidigt får frihet inom ramarna – den nödvändiga slacken måste alltså finnas där.

För- och nackdelar med de olika principerna

Tabell 3. För- och nackdelar med olika ersättningsprinciper för ökat innovationsutrymme

Princip	Exempel	Reducerar problemet med...	Stimulerar?	Nackdelar/risiker
Förenkling	Reducering av antalet ersättningskomponenter Högre andel fasta ersättningar	För detaljerad och/eller innehålls-specifik ersättning. Minskar behovet av ständiga uppdateringar	Flexibilitet Fokus på kärnverksamheten genom minskad administration	Mindre information om/kontroll över vad som produceras
Aggregering	Gemensamma ersättningar till flera enheter/utförare	För snäv ersättning	Innovation i samverkan	Mot påverkansprincipen – ersättning delvis utifrån andras insatser
Riktade medel	Projektanslag, fonder	För kortsiktig ersättning	Innovation över tid Investerings-tänkande	Avgränsade insatser som blir svåra att integrera i ordinarie verksamhet
Slack	Ospecificerat budgetutrymme	För detaljerad och/eller låg ersättning	Frihet inom ramarna Tillit	Ofokuserat arbete/missbruk av förtroende

Avvägningar vid utformning av styrningen

Specifika eller generella incitament?

En dimension som kan guida valet av styrningsprincip är hur pass specifika de förändringar är som avses i verksamheten. Vill man föra in en viss innovation eller förbättra det allmänna innovationsklimatet? Avvägningen har också sin motsvarighet i ekonomistyrningen. Vill man utveckla en ersättningsmodell med specifika incitament för ett visst beteende, eller en bredare ersättning som ger mer utrymme för flexibilitet?

Om det är en viss innovation som ska föras in, så kan det verka rimligt med en specifik ersättning för detta, antingen i form av en uppdaterad ersättningsschablon (i exempelvis DRG eller andra åtgärdsbaserade system), alternativt ett riktat projektanslag. Dessa lösningar kan vara lämpliga som ett första steg för att lösa problem med utebliven eller otillräcklig ersättning för (existerande) innovativa arbetssätt i ett trögrikligt system. Riktad ersättning förutsätter dock att man är säker på att en viss innovation också kommer att leda till större patientnytta.

På längre sikt så är det ur innovationshänseende generellt bättre med mer utrymme för flexibilitet i utförandet av vården, snarare än specifika incitament kring vad som ska göras eller uppnås. Det gäller oavsett vilken ersättningsmodell som övervägs, eller vilken

patientgrupp som avses. Större frihet för utförare och vårdprofessionella att experimentera och testa nytt gynnar den interna motivationen och innebär större möjligheter till lokalt driven utveckling. I detta fall är ersättning effektiv genom att inte försöka verka åt något förutbestämt håll (Johansson Krafve 2017 kommande).

Förändringar mot en flexiblare och mer tillitsfull styrning är dock en komplex process som innefattar många fler områden än ekonomistyrning (jfr Regeringskansliet dir. 2016:51, samt Statskontoret 2016). Det handlar alltså också om tidsperspektiv – ibland kan man inte göra om hela systemet på en gång, utan måste kanske nöja sig med punktinsatser i form av till exempel en uppdaterad insatslista.

Kontroll eller tillit?

En andra dimension som kan påverka utformningen av ersättnings-system är hur mycket man är redo att släppa på kontrollen över den verksamhet som ska finansieras/utvecklas. Under det senaste decenniet har en stor tilltro satts till en utvecklad mål- och resultatstyrning: grundtanken är att bättre specifikationer av mål (*vad* som ska åstadkommas) ska lämna vägen fri till dem som ska utföra jobbet att välja medel (*hur* man ska göra) för att nå målet.

När det gäller ett brett målvärde som innovation är det dock svårt att definiera övergripande resultatmått, speciellt om mätningarna avser korta tidsperioder. Det är en huvudorsak till att uppföljning i praktiken sällan sker utifrån övergripande måluppfyllelse, utan utifrån relativt snäva indikatorer. En risk med denna typ av mått är att verksamheterna börjar ägna sig åt ”conformance” snarare än ”performance”, det vill säga att tid och energi läggs på att följa regelverket och rapporteringskraven, snarare än att göra det som tillför mest värde för patienten och samhället (Fernler et al 2013).

När ersättning kopplas direkt till prestationsmått ökar risken att man börjar ägna sig åt bosktavlig följsamhet. När en viss dimension mäts, följs upp och ligger till grund för belöning och bestraffning kommer den som är föremål för det hela att anpassa sig.

Det gäller individer såväl som organisationer och är grunden i all beteendevetenskap kring lärande och utveckling. Så kan alltså den mål- och resultatstyrning som i teorin skulle leda till ökat lokalt utrymme, värdeskapande anpassning och innovation alltså leda till raka motsatsen. Rädslan att göra fel överskuggar möjligheten att göra rätt.

Den beskrivna problematiken är central i den aktuella debatten om hur styrningen av vård och omsorg behöver omdanas. I den pågående "tillitsreformen" (Komittédirektiv 206:51) är ekonomistyrning en av de centrala dimensionerna som diskuteras – med fokus just på hur detaljstyrningen kan minskas. Ett dilemma är att det krävs en viss riskvillighet från huvudmännens sida för att våga sig på en mer tillitsfull styrning. Många ekonomiska styrsystem fyller en indirekt funktion i det att huvudmännen uppfattar sig "få koll" på vad som sker. Men om mallarna är för snäva, finns risken att verksamheterna låses in i gamla mönster. (En möjlighet är att uppföljning kan göras detaljerat, även om grunden för den ekonomiska ersättningen är bred. Denna uppföljning bör dock utformas som stöd för lokal utveckling, snarare än kontroll uppifrån. Se vidare Krohwinkel et al 2017).

Avgränsade satsningar eller integrerad innovationsmarginal?

Vi har diskuterat riktade anslag som en möjlighet att främja innovation och föra upp särskilt prioriterade utvecklingsområden på agendan. Projekt/programanslag ger en frihet i det att medlen finns utanför den ordinarie budgeten, men samtidigt uppkommer också en risk att innovationsprocessen avgränsas till "försöksverksamheter", "piloter" eller "särskilda satsningar". Ofta är det nämligen inte bara finansieringen, utan också själva organiseringen/genomförandet av ett projekt som avgränsas från löpande verksamhet. Tillfälliga lösningar för bemanning, databearbetning utanför det ordinarie systemet, regelundantag och specialrutiner är vanliga strategier för att möjliggöra ett snabbare/smidigare genomförande. Detta blir ofta hinder för mottaglighet i ordinarie verksamhet senare.

Om målet är att få till stånd en varaktig förändring i ordinarie verksamhet bör innovation så långt som möjligt ledas (och finansieras) i linjeorganisationen, inte i stabsform eller isolerade testbäddar.

Om detta inte är möjligt är det nödvändigt med en noggran mottaglighetsanalys av projektets hållbarhet på sikt. Bl a bör det utredas hur projektet passar in i ordinarie ersättningssystem – hur ska det nya ersättas efter projektets slut? En sådan analys bör helst göras redan när projektanslag beviljas (Krohwinkel et al 2015).

En parallell kan dras till innovationsuppghandling (som har utretts mycket mer i Sverige än ersättningssystem för innovation). Snarare än att huvudmän ska avsätta särskilda medel för innovationsuppghandling föreslår många att ordinarie upphandling ska göras mer innovationsvänlig. Här handlar det t ex om att förenkla förfrågningsunderlagen, aggregera olika deluppgifter till gemensamma uppdrag, och lämna utrymme för förändring under avtalets gång (Edquist 2014).

Skalbarhet eller målgruppsanpassning?

En alltför hög grad av standardisering och övergripande styrning riskerar att bli problematisk, inte minst i relation till det varierande behovet av olika typer av innovationer för olika grupper och verksamheter. Styrningen bör därför utvecklas målgruppsanpassat och med patientens behov i fokus. I Avsnitt 9 (Appendix) om Målgruppsanpassad styrning ges ett ramverk för och empirisk exemplifiering av hur detta kan ske inom området e-hälsa.

”Lösningen”: En ekonomistyrning som i vart fall inte hindrar

Eftersom problemen och utvecklingsbehoven varierar beroende på verksamhetstyp och patientgrupp, finns det inget givet rätt svar på vilket ersättningssystem som är det enskilt bästa för att balansera de värden som står på spel vid innovationer i vården. Alla modeller riskerar att ge negativa effekter om de tillämpas för brett.

I praktiken består ersättningen till vårdgivare ofta av en blandning av fast, rörlig och målrelaterad ersättning. Vi har beskrivit hur dessa ersättningsformer ger olika typer av innovationsincitament. Vi har även diskuterat hur utrymmet för innovation påverkas beroende på hur ersättningsobjektet definieras, exempelvis avseende vad det är som ersätts, vem som får ersättningen, och för vilken tidsperiod.

Då innovationsproblematiken är mångfacetterad kan detta lätt leda till slutsatsen att flera olika ekonomiska incitament är bättre än färre – och den ekonomiska styrningen inom vård och omsorg har generellt sett tenderat att bli alltmer komplex och detaljerad, något som till stor del beror på att intresset för ersättning som styrmedel har ökat och ersättningssystem används för att adressera allt fler problem. I och med detta finns en tendens att lägga till komponenter i, snarare än renodla, ersättningsmodeller (Fernler et al 2014). Vi kan samtidigt notera att denna utveckling generellt inte lett till bättre kostnadskontroll.

När det gäller att främja innovation är detta särskilt viktigt att beakta, eftersom alltför detaljerade ersättningssystem kan begränsa den flexibilitet som behövs för att testa nya metoder och arbetssätt i praktiken. Exempel på hur ersättningen kan göras mer generell som diskuterats i denna vägledning är *förenkling* av ersättningssystemets komponenter (genom reducering och/eller en mindre detaljerad specificering av vad som ersätts), *aggregering* av ersättning till flera enheter/vårdgivare, *riktade medel* som sträcker sig över budgetår, samt *slack* (ospecificerat budgetutrymme). Gemensamt för dessa principer är att de kan tillämpas utan att man förordar något visst arbetssätt, system eller lösning, utan snarare ger större frihet i utförandet av vård och omsorg.

Det lämnas större utrymme för variation i arbetssätt mellan enheter och individer. Innovation innebär mindre kontroll – därför förutsätts också en viss riskvillighet, eller tillit, från huvudmännens sida för att våga sig på en flexiblere ekonomistyrning.

En viktig poäng i vägledningen har också varit att teoretiska analyser av de hypotetiska effekterna av olika ersättningsformer sällan ger en tillräcklig bild av vad som händer när ersättningsmodellerna tillämpas i praktiken. Snarare än att elaborera kring de teoretiska aspekterna av ersättningsprinciper och ekonomiska incitament, menar Robinson (2015) att vi måste ägna mycket mer uppmärksamhet åt hur innovationer fungerar i verkligheten, och inte stirra oss blinda på förhandsanalyser av incitament, nytta och potential. Man måste t ex ta hänsyn till att användarna av innovationer lär sig av erfarenhet. Därför måste också ersättnings- och upphandlingsmodeller ta höjd för att förutsättningarna kan ändras – vilket inkluderar att vårdprofessionella ska ha möjlighet att skapa sina egna uppfattningar om när och var den nya tekniken eller metoden är som lämpligast att använda.

Styrningsutveckling handlar i detta perspektiv inte om att kunna rita nya modeller på ett papper – det är ofta allt för enkelt, går för snabbt och har föga effekt – utan att om i samklang med övrigt förändringsarbete kunna göra nödvändiga förändringar i ansvarsförhållanden, befogenheter och styrning för att stödja snarare än hindra nya arbetssätt.

Att utveckla ersättningsystem – en innovation i sig

Varifrån kommer incitamentet till att utveckla styrsystem? Hur hänger styrnings- och verksamhetsutveckling ihop? Hur bör de hänga ihop?

Bland de projekt som LHC studerat empiriskt som underlag till denna handbok finns dels sådana där en förändrad ersättningsmodell avses ge incitament till ökad innovation i verksamheten; dels sådana där innovation i verksamheten har synliggjort behovet av en förändrad ersättningsmodell. En tredje logik som framkommer allt oftare är att styrsystemen behöver utvecklas för sin egen skull. Styrningen inom vården ses helt enkelt som förlegad, och den administrativa bördan som styrningen medför beskrivs som ett uttryck för ineffektivitet (SOU 2016:2).

Detta argument har flera sidor. Dels är det välkänt att verksamheter som styrs på olika sätt tenderar att anpassa sig till det rådande systemet. Ersättningsmodeller kan därför behöva modifieras över tid så att de fortsätter att stimulera till de mål man vill uppnå. När man utvärderar alternativa lösningar är det naturligtvis positivt med omvärldsbevakning och sökande efter ny kunskap. Samtidigt måste en brasklapp utfärdas för att revidera för reviderandets skull, eller att anamma populära styrningskoncept utifrån antagandet att det finns universallösningar som passar överallt – en noggrann analys av de

lokala omständigheter och förutsättningar som modellen kommer att möta, är en nödvändighet.

Detta gäller även användningen av nya dataunderlag för utveckling av ekonomisk och annan styrning. Den pågående digitaliseringen ger nya möjligheter att samla in och sammanställa data. Det handlar både om att data kan hämtas från nya källor, inte minst genom egenmonitorering och inrapportering av hälso- och sjukdomstillstånd av patienterna själva, och att data kan analyseras i större mängder (sk Big Data). Därmed uppstår också nya styrningsmöjligheter.

Att kombinera det nya ”utbudet” av styrningsunderlag med en styrning som inte blir mer kontrollerande, utan snarare ger en större frihet i utförandet för verksamheterna, är dock en utmaning som måste tas på allvar. Hittills har användningen av stora datasystem såsom kvalitetsregister, DRG-koder etc. snarare lett till en ökad detaljstyrning där fokus ligger på snävt definierade diagnoser, insatser, resultat eller indikatorer. En risk med att använda denna typ av mått är att verksamheterna börjar ägna sig åt ”conformance” snarare än ”performance”, det vill säga att man lägger sin tid och energi på att uppnå vissa prestationsindikatorer snarare än att använda sitt omdöme för att åstadkomma en verkligt kvalitativt god vård (Fernler et al 2013).

Förhoppningar uttrycks ibland om att data inom en snar framtid kommer att kunna samlas in på en sådan detaljnivå att ersättning utifrån varje individs unika egenskaper och behov möjliggörs. Dessa system skulle bli så komplicerade att de inte kan förstås/korrumpas ”nedifrån” (Ekholm & Markovic 2014:8). En vettigare utgångspunkt är kanske att utveckla systemen utifrån perspektivet att styrning och uppföljning är ett verktyg för att man på verksamhetsnivå ska kunna göra ett bättre jobb. Det kräver system som är till stöd i det dagliga arbetet och som ger snabb och lokal återkoppling. För att åstadkomma detta behöver tjänstemän på administrativ nivå vara i kontinuerlig kontakt med professionerna, så att olika analyser möter de praktiska problem och beslut om utveckling som verksamheterna bedömer som lämpliga. ”Om inte data diskuteras vid fikabordet så kommer de inte att ha någon påverkan på verksamhetens resultat” (Krohwinkel et al 2017).

Den beskrivna utvecklingen kräver delvis förändrade arbetssätt och roller på administrativ nivå – vilket också kan ses som en form av innovation. En av LHC nyligen genomförd fallstudie av datadrivet utvecklingsarbete (Krohwinkel et al 2017) tydliggör att problematiken kring mottaglighet för innovationer inte bara gäller vårdprofessionerna, utan i högsta grad även andra professionella inom systemet, såsom controllers, dataanalytiker och andra tjänstemän inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen. När arbetssätt ska förändras på den administrativa nivån stöter man på problem som i mångt och mycket liknar dem på verksamhetsgolvet: system som inte är kompatibla eller tillåter uttag av befintlig data i nya former; friktioner mellan vad tjänstemän inom olika stabsfunktioner ser som sin uppgift att analysera och den typ av analyser som man efterfrågar i olika förändringsprojekt; samt frågor kring vilken roll förvaltningen rent generellt bör ha i att stödja förändringsarbete av den här typen. Det inte bara en teknisk utmaning utan i lika hög grad en fråga om att förändra etablerade tankesätt och inarbetade rutiner. Styrningsutveckling är i dessa avseenden inte enklare än verksamhetsnära dito – och i båda fallen handlar det om innovation!

Ekonomistyrning i sitt sammanhang

För att en bredare och mer flexibel ersättning ska öka mottagligheten för innovation så är det viktigt att det finns annan motivation än den ekonomiska. Det reella innovationsutrymmet påverkas inte bara av hur ekonomistyrningen är utformad, utan av systemförutsättningar i ett flertal olika dimensioner, från formella regelverk till informell styrning i form av normer och invanda beteenden.

Därför är det intressant att notera att flexibilitet inom ramen för generella principer är något som börjar diskuteras även inom andra områden än ekonomisk styrning. ”Hälso- och sjukvård är komplexa system som inte kan styras effektivt eller alls, med hjälp av detaljerade regelverk. Men trots det så ökar antalet detaljerade regler ständigt. Den trenden behöver brytas. Det handlar om att skapa en större flexibilitet genom att gå från detaljregleringar till övergripande

styrprinciper. En sådan riktningförändring möjliggör innovation för hur värde skapas, utan att avkall görs på grundläggande värderingar som kvalitet, patientsäkerhet etc”, skriver t ex Sundström (2016, s. 147–8). Fallstudier visar att strategiska vägval i vårdens utveckling ofta övertrumfas av rådande system i vardagen, dess kortsiktighet och ryckighet (Tyrstrup & Larsson 2016).

Utrymmet för innovation beror i slutändan av hur olika former av styrning samverkar med och motverkar varandra – hur den totala regel- och normbördan uppfattas i vardagen. För att bättre ta tillvara innovationers potential att förbättra vård och omsorg behöver man se över hela styrningskedjan från utformning av upphandling/ förfrågningsunderlag, via avtal och uppföljning. Lika viktig är frågan om personalens motivation och engagemang att förändra, eller hur man kan skapa en ”innovativ kultur”. Revirtänk, trögrörlighet och samarbetssvårigheter skapas inte enbart av ekonomiska incitament, utan har sin spegling i en organisation och kultur som betonar specialisering och att värna det egna/existerande snarare än värdeskapande över gränser. Utmaningarna med en eftersatt mottaglighet för innovation måste alltså adresseras på flera nivåer samtidigt, från policynivån, via den administrativa nivån, till verksamhets-/processnivån – och vice versa.

Som Statskontoret (2016) noterar så är tillit ett populärt begrepp för styrnings- och verksamhetsutveckling som dock sällan har operationaliserats i formella styrdokument. Tillit kan innebära att undvika detaljstyrning och snarare peka ut riktning och långsiktiga mål med fritt handlingutrymme. Det kan också innebära transparens och att om möjligt involvera verksamheterna i planerade förändringar i styrningen. Viktigt att notera är att involvering inte nödvändigtvis behöver innebära formella roller och mandat – tillit beskrivs i detta sammanhang snarare som relationer som byggs upp mellan två eller fler individer över tid genom de informella kontakter som tas mellan parterna (om roll- och relationskultur, se vidare Tyrstrup & Larsson 2016).

Checklista för utveckling av ersättningsystem för innovation

Fråga	Exempel på aspekter som kan undersökas	Önskat resultat	
UTGÅNGSPUNKTER			
1	Inom vilket område är otillräcklig innovation ett problem?	<ul style="list-style-type: none"> Berörda vårdområden? Särskilt berörd patientgrupp? 	Definition av vårdområde/patientgrupp i fokus
2	Vari består innovationsproblemet?	<ul style="list-style-type: none"> Nya lösningar behöver tas fram Nya lösningar finns, men implementering och spridning brister 	Beskrivning av grundläggande innovationsproblematik
3	Syfte och ambition med förändringen av ersättningsystem?	<ul style="list-style-type: none"> Förändrad ersättningsmodell avses ge incitament till ökad innovation i verksamheten Innovation i verksamheten har synliggjort behovet av förändrad ersättningsmodell 	Beskrivning av den tänkta kopplingen mellan verksamhetsutveckling och förändring i ersättningsystem

Fråga	Exempel på aspekter som kan undersökas	Önskat resultat	
NULÄGESBESKRIVNING			
4	Vilka parter har problem med innovationskraften?	<ul style="list-style-type: none"> • Berörda utförare inom varje vårdområde? • Berörda huvudmän? • Andra berörda aktörer (forskning, industri etc.) 	Lista på inblandade parter
5	Hur är dagens ersättningssystem utformade?	Kartlägg för samtliga inblandade parter: <ul style="list-style-type: none"> • Fasta ersättningar • Rörliga ersättningar • Målrelaterade ersättningar 	Beskrivning av befintliga ersättningssystem
6	Hur påverkar dagens ersättningssystem förutsättningarna för mottaglighet?	Försvåras mottaglighet exempelvis av att ersättningen är: <ul style="list-style-type: none"> • För detaljerad – ger ingen flexibilitet • Föräldrad – nya arbetssätt ersätts inte • För innehållsspecifik – inga incitament till processinnovation • För snäv – premierar inte innovation i samverkan • För kortsiktig – premierar inte investeringar och lärande över tid • Är ersättningen för låg? 	Analys av incitamenten i befintliga ersättningssystem
PRINCIPIELLA LÖSNINGAR			
7	På vilket sätt ska ersättningssystemet bidra till ökad innovation?	Överväg alternativa angreppssätt: <ul style="list-style-type: none"> • Specifika incitament för ett visst arbetssätt? • Bredare ersättning som möjliggör experimenterande? 	Beskrivning av vilken typ av innovation som ska främjas
8	På vilka sätt kan dagens ersättningssystem förändras för att förbättra förutsättningarna för mottaglighet?	<ul style="list-style-type: none"> • Förenking (färre och/eller mindre innehållsspecifika ersättningskomponenter) • Aggregering av ersättningsobjekt över enhetsgränser • Riktade medel, gärna långsiktiga • Slack (ospecificerat budgetutrymme) 	Lista på principiella förändringsalternativ avseende ersättningsprinciper
9	Avvägningar i utformningen av ersättningssystem	<ul style="list-style-type: none"> • Specifika eller generella incitament? • Kontroll eller tillit? • Avgränsade satsningar eller integrerad innovationsmarginal? • Skalbarhet eller mågruppsanpassning? 	Lista på önskvärda möjligheter att förändra befintliga ersättningar

Fråga	Exempel på aspekter som kan undersökas	Önskat resultat	
PRAKTISK TILLÄMPNING			
10	Finns praktiska förutsättningar för att genomföra alternativa förändringar?	Aspekter att beakta, t ex: <ul style="list-style-type: none"> • Datatillgång • Lagutrymme • Politisk vilja • Lokal samarbetsanda • Kompetens och mottaglighet för administrativ innovation 	Analys av förutsättningar och hinder för önskvärda förändringar av ersättningsystemet
11	Hur påverkar övriga styrsystem den förväntade effekten av förändringarna av ersättningsystemet?	Beakta t ex utformningen av: <ul style="list-style-type: none"> • Upphandling/förfrågningsunderlag • Avtal • Uppföljning • Etc 	Lista på önskvärda förändringar av andra styrsystem
12	Sammantagen analys av genomförbarhet och förväntade effekter av olika alternativ		Beslut om och specificering av det nya ersättningsystemet
13	Införande och uppföljning av det nya ersättningsystemet	Följ upp hur systemet tas emot och genomförs: <ul style="list-style-type: none"> • Synpunkter från utförare • Faktiska effekter på mottagligheten för innovation i praktiken 	Kontinuerlig utveckling av ersättningsystem för innovation



6

4

WC

2

1

Appendix:

Målgruppsanpassad styrning – ett ramverk med empirisk exemplifiering

Innovation omtalas ofta som en process för sig. Ibland låter det nästan som om den pågår utanför själva vården. Man glömmer lätt att det är patienterna som ska efterfråga och ha nytta av det nya.

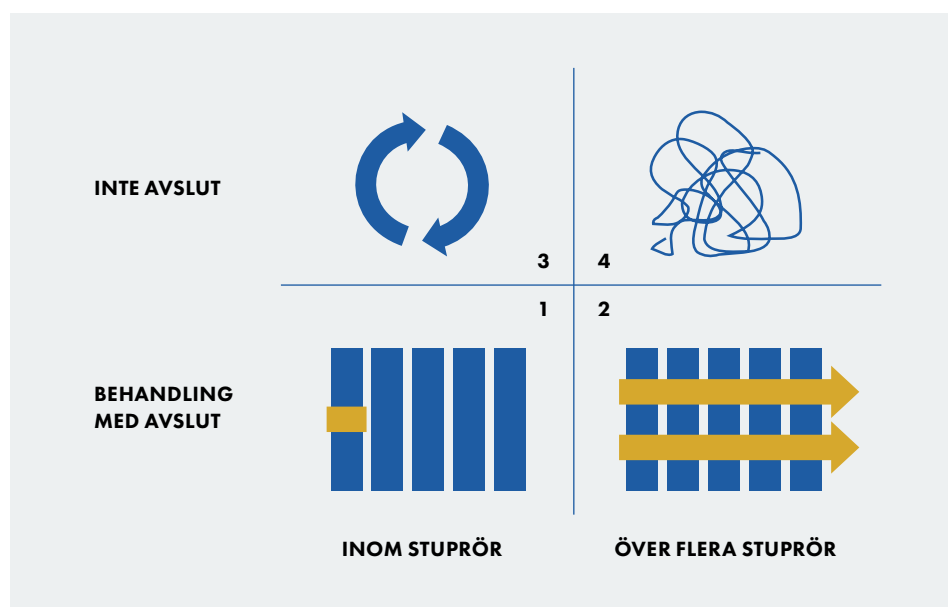
Vården behöver en styrning som gör det möjligt att anpassa aktiviteter till det som patienten behöver. Ett genomgående problem när det gäller att styra, organisera och utveckla vården är dock att vi tenderar att se vårdsektorn som en enhet, med samma problem och mål. Det leder till att lösningar, system och riktlinjer ofta utformas för att gälla hela vårdsektorn, medan underlaget för att ta fram kanske kommer från en viss del av verksamheten. Vanligen delar vi upp vården efter hur produktionen ser ut, det vill säga i vedertagna ”vårdnivåer” såsom primär- och specialistvård, öppen- och slutenvård, eller enligt olika medicinska specialiteter. Dessa kategoriseringar tar inte hänsyn till hur patientunderlaget ser ut, och synliggör inte att en och samma patient kan ha behov av insatser från flera av områdena. De visar inte heller på att innovationsbehoven varierar mellan olika patientgrupper, inklusive behovet av tvärfunktionella innovationer mellan olika vårdområden.

Nedanstående analys utgår från en segmentering av patientgrupper utifrån vårdkonsumtionsmönster för att exemplifiera det varierande behovet av innovationer inom området e-hälsa, samt det (härledda)

behovet av varierande styrning. Snarare än att börja med styrningens problem så presenterar vi här en omvänd ansats, som härleder önskvärd styrningsutveckling utifrån patienters olika behov. Ramverket beskriver karakteristika hos fyra olika patientgrupper (LHC working paper 2016:1). Det är inte till för att praktiskt sortera in patienter, utan ska ses som ett diskussionsunderlag för att se behovet av olika typer av vård, vårdorganisering och ersättningslösningar för olika grupper och behov.

Målgruppsanpassad vård

Ramverket kring målgruppsanpassad vård utgår från två grundläggande dimensioner. Den första är om patienten har ett tillstånd som i hög utsträckning kan botas, eller om det är ett tillstånd som är kroniskt och behöver hanteras över lång tid. Den andra dimensionen är om det rör sig om något som kan hanteras inom en medicinsk specialitet, eller om flera enheter, kliniker eller funktioner måste involveras. De två dimensionerna kan sammanföras i en ”fyrfältare” enligt nedan:



Den första gruppen utgörs av patienter med en åkomma som kan botas, och som kan hanteras inom en specialitet. Det rör sig om ”enkla” patienter, utan komplikationer, och ofta med ett relativt lindrigt sjukdomstillstånd. Vården kan lösas inom en enhet, antingen i primärvård eller hos en specialist. Efter behandling och uppföljning är patienten ”klar”, och inga fler vårdkontakter behövs tills nästa behov uppstår. Här passar dagens vårdorganisation med uppdelning i vårdnivåer och diagnosområden bra. Samverkan är inte en stor fråga, eftersom allt sköts inom en enhet.

Nästa grupp består av patienter med en komplex åkomma men som kan botas. Detta är svårare fall, där insatser från flera olika vårdenheter och specialiteter behövs för att möta behoven. Här observeras återkommande fall med långa väntetider under processen och en allmänt svårnavigerad väg genom vården för patienten. För att lösa problemet har man arbetat med vårdflöden och vårdprocesser. Arbetet har pågått sedan flera decennier under olika namn, bland annat lean. För att kunna styra mot en hel process istället för enskilda delar har man också pratat om vårdepisoder, och börjat ta fram styrmodeller för sådana. Samverkan och övergångar mellan på varandra följande vårdinsatser och ett snabbt flöde blir en huvudfråga, och målet är en avslutad och lyckad behandling.

En tredje växande patientgrupp är kroniker. Det främsta som skiljer dem från de två ovan beskrivna grupperna är att behandlingen inte har ett slut, utan är en livslång process. Målet är inte att bota, utan att undvika en försämring i livskvaliteten eller ett läge som kräver sjukhusvård. Dagens insatsinriktade styrning passar illa för den här gruppen. Här blir även andra frågor viktiga, såsom förebyggande åtgärder, livsstil och kontinuitet.

Den sista men svåraste patientgruppen som tas upp i ramverket är patienter med flera allvarliga åkommor samtidigt. Det handlar ofta om gamla och sköra människor där det inte alltid går att bota, men även personer med sällsynta diagnoser. Ofta påverkar de olika åkommorna möjligheten att behandla, och kombinationen av livssituation och sjukdomstillstånd gör att det finns stora behov av individuella lösningar.

Det är också problematiskt att använda standardiserade vårdprogram eller att tala om episoder. Gruppen är relativt liten (ca 3%) men mycket resurskrävande (50% av vårdkostnaderna).

Olika patienter – olika e-hälsobehov

Ramverket synliggör fyra olika typer av patientbehov, som kräver olika insatser och olika grad av samarbete mellan vård- och omsorgsutförare. Variationerna i behov medför att även efterfrågan på och nyttan av olika slags innovationer varierar. Nedan exemplifieras detta med utvecklingen av e-hälsa, där olika lösningar kan förväntas passa olika bra för olika grupper.

Den första gruppen, enkla patienter, gynnas av en lättillgänglig primärvård samt en högeffektiv specialiserad vård. Här befinner sig majoriteten av befolkningen när de kommer i kontakt med vården. Antalet personer är stort, kostnaden per styck är relativt liten, och aspekter som tillgänglighet och valfrihet blir viktiga. Här är det lämpligt med högvolymlösningar, och med så mycket automatisering och självbetjäning som möjligt. Några nyckelord för utveckling av e-hälsa för denna grupp kan vara:

- Åtkomst och tidbokning, fler digitala kanaler in, självbetjäning
- Virtuella möten, besök via dator
- Expertsystem på nätet, AI, hjälp till självdiagnos
- Outsourcing, interaktivt stöd

Den andra gruppen, komplicerade patienter, gynnas av ett fokus på utveckling av avancerad vård med god samverkan mellan enheter och grupper. Sjukhusen hamnar i fokus och frågor som patientflöden, standardiserade vårdförlopp och arbetsdelning mellan olika professioner blir viktiga (t ex Roséns utredning).

Några nyckelord i utvecklingen av e-hälsolösningar:

- Produktionsplanering, flöden och samordning
- Expertis, global tillgång till stöd och råd
- Teknik och IT, robotar, high-tech lösningar
- Visualisering, digitalisering, samarbete på distans

Den tredje gruppen, patienter med kronisk sjukdom, gynnas av förebyggande arbete som komplement till behandling. Viktiga faktorer blir kontinuitet, egenvård, monitorering och prevention. Patientens roll i sin egen vård blir central. Några nyckelord:

- Communities, som till exempel Patients Like Me
- Monitorering via externa verktyg, till exempel telefonen/appar eller armband
- Patientstöd i form av information och utbildning
- Egenvård och möjlighet att själv föra journal / ge input till vården

Den fjärde gruppen, multisjuka, är en relativt liten men mycket resurskrävande grupp. De gynnas av individanpassade lösningar, personliga kontakter, en balanserad syn på vad som skall åtgärdas, och ett ökande fokus på omsorg. Här ligger en stor del av vårdens kostnader idag, men vården är illa rustad för att hantera denna svåra grupp. Andra frågor än att bota blir viktiga, såsom koordinering, kontinuitet, omvårdnad, livskvalitet, stöd och hjälp i vardagen. Lösningarna kan vara mer arbetsintensiva och individuella. Några nyckelord:

- Distanslösningar, övervakning, nattkamera
- Insatskoordinering med hjälp av IT
- IT som socialt stöd, exempelvis via Skype eller Facebook
- Förenkling, low tech / high tech
- IT-koppling som stöd för anhöriga

Olikheterna mellan patientgrupperna gör alltså att det blir orimligt med en samlad digitaliseringslösning eller specifik kravställning på systemnivå vad gäller olika tillämpningar. En på förhand detalj-specifierad, centralt formulerad standard riskerar att tränga ut eller omöjliggöra framväxten av innovationer som på något sätt avviker från standarden.

Givetvis är det rimligt och nödvändigt att basal infrastruktur, såsom exempelvis bredbandsuppkoppling, tillhandahålls nationellt. Regler för datatillgång och riktlinjer för interaktion och informationsutbyte kan behöva specificeras centralt. Det handlar dock om att säkerställa kommunikationsmöjligheter och kompatibilitet, snarare än att bestämma sig för en viss systemlösning/innehåll som ska gälla, eller hur det specifika utbudet av/tillgången till e-tjänster ska se ut för hela världen, över hela landet, eller för alla patienter. Varför skulle vården behöva mer än så när resten av världen kan interagera utifrån olika plattformar?

Behovet av lokal anpassning och variation medför att införandet av digitaliseringslösningar behöver kunna ske gradvis och i vissa fall fragmenterat för olika patientgrupper/behov. Möjligheten till individ- och situationsanpassning är viktig även när det gäller teknik-användning, inte minst utifrån patientens egna förmåga/intresse för att testa nya lösningar.

Ekonomistyrning i ett heterogent system

För att medge variation i införandet av olika tekniska lösningar, så behöver även styrningen anpassas för olika delar av vården. Det är inte EN ersättningsmodell som behövs, utan olika principer är lämpliga för olika verksamheter och patientgrupper.

Vi har av tradition mycket fokus på den första gruppen, enkla patienter med relativt enkla åkommor. Ersättning för specifika vårdtillfällen såsom besök kan vara lämpligt för att främja tillgänglighet till ”snabb och enkel” vård för just denna grupp. Ur innovationshänseende blir det viktigt att dessa ersättningar inte görs platsbundna, så att exempelvis virtuella mottagningar,

stöd till självdiagnos och interaktiva e-hälsotjänster möjliggörs. Denna typ av automatiseringslösningar gör troligen störst nytta när det gäller relativt entydiga diagnoser som kan åtgärdas inom en instans – men problemet är att stora delar vården är organiserad och styrs utifrån samma principer. Huvuddelen av tillgängliga medel fördelas till enheter som är organiserade kring former av specialisering, även om patienterna har behov som sträcker sig över enhetsgränser.

Under de senare åren har mycket styrningsutveckling fokuserat på den andra gruppen, mer komplicerade patienter som behöver en smidigare väg genom vårdens processer. Försöken med episodbaserad ersättning för t ex höft- och knäledsoperationer är ett exempel. En vårdepisod är som begreppet anger ett förlopp som har en början och ett slut, och här kan det vara rimligt att ersätta för det sammantagna resultatet av hela behandlingen. Detta möjliggör också en större frihet att testa olika lösningar i själva genomförandet, vilket kan inkludera ny teknologi. För patientgrupper som inte har sådana linjära, relativt lätt avgränsade och enkelt definierbara vårdbehov behövs dock andra ersättningslösningar.

För den tredje gruppen, kroniker, är vårdbehoven inte avgränsbara i tiden. Här behövs det en styrning som i möjligaste mån fokuserar på prevention, att undvika onödig vård, samt om möjligt främjar egenvård. Det blir därmed viktigt att ersättningen inte är bunden till tjänster utförda inom "sjukhusets" väggar. Olika former av kapitering (fast ersättning per individ) med viktning för det sammantagna vårdbehovet under en längre period – oavsett hur och var detta tillgodoses – kan vara en möjlighet. Möjligen kombinerat med ersättning utifrån resultat baserat på övergripande hälsomått eller livskvalitet. Här finns en potential att i framtiden utveckla beskrivnings- och eventuellt styrssystem som bygger på individdata som inrapporteras digitalt från patienten själv.

Den fjärde gruppen består av svårt sjuka äldre patienter med komplexa vård- och omsorgsbehov. De behöver kontinuerliga insatser från en mängd olika vårdgivare, och resursbehoven varierar stort mellan olika individer. Här pågår försök med stödinstitanser som kan ha ett helhetsgrepp kring såväl vård och omsorg, och koordinera

behovet av insatser. Det kan vara en äldrevårdcentral med ansvarig husläkare, eller kanske en vårdcoach. En möjlighet vore att den samordnande aktören även ges ekonomiska befogenheter i form en budget per patient med komplexa vårdbehov. Samordningsaktören blir alltså ansvarig för inköpet av vård och omsorg för individens räkning. Denne aktör saknar incitament att optimera någon enskild vårdgivares ekonomi och kan anlägga ett övergripande perspektiv på den enskildes vård- och omsorgsbehov. En principiellt liknande lösning på högre aggregeringsnivå vore att kommun och landsting i samverkan ger ett uppdrag till ett konsortium av vård- och omsorgsgivare att ta hand om de samlade behoven hos den äldre befolkningen inom ett visst geografiskt område. Med en sådan bredare ersättning/anslag ges större möjligheter till olika typer av innovationer i arbetsätt och samverkan, exempelvis baserat på nya typer av IT-stöd.

Slutsatsen är alltså att en alltför hög grad av standardisering och övergripande styrning riskerar att bli problematisk, inte minst i relation till det varierande behovet av olika typer av innovationer för olika grupper och verksamheter. Styrningen bör utvecklas målgruppsanpassat och med patientens behov i fokus!

Referenser

Anell, Anders (2010) Värden i vården: En ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. ESO-rapport 2010:7.

Edquist, Charles (2014). Offentlig upphandling och innovation. Konkurrensverket, Uppdragsforskningsrapport 2014:5.

Ekholm, Anders och Markovic, Drasko (2014) När vården blir IT: En underlagsrapport till eHälsokommittén. Institutet för Framtidsstudier, Forskningsrapport 2014/8.

Fernler, Karin, Krohwinkel-Karlsson Anna och Holmgren, Per-Gunnar (2013) Ledande frågor: 13 röster från praktiken möter organisationsforskare om villkoren för ledning och styrning av vård. LHC 2013.

Fernler, Karin, Krohwinkel, Anna, Rognes, Jon och Winberg, Hans (2014) Ekonomi på tvären. Ersättningsmodeller för samverkan – en vägledning. LHC Report Nr 1 2014.

Hagbjer, Eva (2012) Internationella föregångare inom en sammanhållen vård och omvårdnad om äldre: En jämförelse av ersättningsystemens utformning. LHC Report Nr 5 2012.

Johansson Krafve, Linus (2017 kommande). Att ersätta för innovation: Hur får andra det att funka? Lärdomar från fem goda exempel. Underlag från LHC, arbetsutkast under publicering.

- Kammarkollegiet (2012) Ersättningsformer vid upphandling av vård och omsorg. Rapport 2012:4.
- Kraus, Kalle (2008) Sven eller pengarna: Styrningsdilemman i äldrevården. Forskning i fickformat, EFI.
- Krohwinkel-Karlsson Anna (2009) Oändliga projekt: Om projektförvaltningens tidsproblematik. Forskning i Fickformat , EFI.
- Krohwinkel, Anna, Alvehus, Johan, Ekholm, Anders, Rognes, Jon och Winberg, Hans (2017) Från flytt till förändring: En studie av verksamhetsutveckling i region Skåne. LHC Report 2017:1.
- Krohwinkel, Anna, Rognes, Jon och Winberg, Hans (2014) Ersättningsystem för innovation i vård och omsorg: En studie av åtta projekt som utvecklar nya ersättningsmodeller. Vinnova Rapport VR 2015:08.
- Krohwinkel, Anna, Rognes, Jon och Winberg, Hans (2016) Framtidens styrning och organisering. Systemutmaningar för att realisera digitaliseringens potential i vård och omsorg. I Bortom IT – Om hälsa i en digital tid. Institutet för Framtidsstudier, Forskningsrapport 2016/2.
- LHC (2016). Målgruppsanpassad vård – ett analysramverk. LHC Working Paper 2016:1.
- LIF (2015) Inspel gällande SLL:s ersättningsmodeller. LIF Stockholm, maj 2015.
- Lindgren, Peter (2014) Ersättning i sjukvården: Modeller, effekter, rekommendationer. SNS Förlag.
- Mähring, Magnus & Källberg, Niklas (2008) IT i sjukvården: Evtigt löfte och daglig förbannelse. I Detta borde vårddebatten handla om. LHC 2008.
- Regeringskansliet (2016) Komittédirektiv: Tillit i styrningen. Dir. 2016:51.
- Richtnér, Anders & Åhlström, Pär (2006) Influences on organisational slack in new product development projects. International Journal of Innovation Management Vol. 10, No. 4, pp. 375–406.

- Riksrevisionen (2017) Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet. RiR 2017:3.
- Robinson, C. J. (2015) Purchasing medical innovation: The right technology, for the right patient, at the right price. University of California Press.
- Rognes, Jon, Krohwinkel, Anna och Markowski, Peter (2015) Drivkrafter och hinder vid läkemedelsbehandling i hemmet istället för på mottagning: Analys av fallet Humira. LHC Report Nr 3 2015.
- Sanandaji, Nima (2014) Vägar till välfärdsinnovation: hur ersättningsmodeller och impact bonds kan stimulera nytänkande och innovation i offentlig verksamhet. Vinnova Rapport VR 2014:01.
- Sjögren, Ebba, Winberg, Hans, Paulsson, Thomas och Neij, Fredrik (2010) Hälsa per krona. LHC Report Nr 1 2010.
- SKL (2015) En innovationsvänlig offentlig verksamhet. Positionspapper.
- SOU 2016:2 Effektiv vård – Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.
- Statskontoret (2016) Utvecklad styrning – om sammanhållning och tillit i förvaltningen. Rapport 2016:26.
- Sundström (2016) Framtidens regelverk. I Bortom IT – Om hälsa i en digital tid. Institutet för Framtidsstudier, Forskningsrapport 2016/2.
- Tyrstrup, Mats och Larsson, Ida (2016) Närvård i västra Sörmland – en berättelse om roller, relationer och avstånd. LHC Report 2016:1.
- Zaremba, Maciej (2013) Patientens pris: Ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden. Weyler Förlag.

Leading Health Care är en akademisk tankesmedja för fördjupad dialog om framtidens hälsa, vård och omsorg.

Vi vill erbjuda en plats där olika aktörer med olika intressen kan tala med varandra med fokus på ett gemensamt större perspektiv: att skapa värde för patienter och samhälle. LHC ska främja forskning och kunskapsutveckling som är relevant för organisering, styrning och ledning av verksamheter inom hälsa, vård och omsorg, samt sprida information om detta. LHC arbetar dels med ett brett akademiskt nätverk, dels med ett partnersnätverk som för närvarande består av ca 30 organisationer från olika delar av sektorn. Sedan 2009 är LHC en oberoende och icke vinstdrivande stiftelse. Vi finansieras huvudsakligen genom vår uppdragsforskning samt årliga bidrag från partnerorganisationerna.

Läs mer om oss och ladda ner våra publikationer gratis på
www.leadinghealthcare.se



LEADINGHEALTHCARE.SE