

Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning



Citera gärna ur Vårdanalys rapporter,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.vardanalys.se

Beställning av Vårdanalys tryckta rapporter:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vårdanalys

Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm

Omslagsbild: Thinkstockphotos

Tryck: TMG Sthlm, Stockholm 2013

ISBN 978-91-87213-18-2

Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vårdanalys styrelse.
Analyschef Christofer Montell har varit föredragande.

Stockholm 2013-10-09
Myndigheten för vårdanalys

Eva Lindström
Styrelseordförande

Anders Anell
Vice ordförande

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Mef Nilbert
Styrelseledamot

Mårten Schultz
Styrelseledamot

Karin Tengvald
Styrelseledamot

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Christofer Montell
Föredragande



Förord

Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning har ökat i omfattning under de senaste åren. Från att ha tillämpats på ett område 2006 och omfattat 1 miljard kronor, finns det år 2013 överenskommelser med prestationsbaserade ersättningar på sex utpekade områden som totalt omfattar cirka 5,3 miljarder kronor.

Samtidigt som prestationsbaserade ersättningar används av staten för att styra vården och omsorgen på allt fler områden är det ett omdebatterat styrmedel. Förespråkarna pekar på de mätbara förbättringar som har skett på de områden där styrmedlet har införts – medan kritikerna istället pekar på de negativa sidoeffekter som kan uppstå i de styrda verksamheterna.

De flesta är dock överens om att prestationsbaserade ersättningar ökat genomslaget för den statliga styrningen av vården och omsorgen. Mycket talar för att det är ett potent styrmedel som har etablerats: *”Prestationsbaserad ersättning är som en kraftfull medicin, den ger stark effekt, men medför också risker för många biverkningar”*, som en av de intervjuade i vår studie uttryckte det. Samtidigt finns det idag relativt lite samlad systematisk kunskap om prestationsbaserade ersättning som statligt styrmedel. Vårdanalys har därför genomfört en första analys av prestationsbaserad ersättning som statligt styrmedel för vården och omsorgen. I analysen har vi valt att närmare studera och analysera styrmedlets konstruktion, för att tydliggöra möjliga utmaningar, risker och utvecklingsmöjligheter. Syftet med analysen är att bidra med underlag för hur styrmedlet kan utvecklas.

Vårdanalys har i denna rapport valt att analysera prestationsbaserad ersättning utifrån den tillämpning som finns idag. Vi tar dock inte ställning till om just detta statliga styrmedel är det lämpligaste att använda på ett visst



område, eller i vilken utsträckning som det har förtjänster eller nackdelar gentemot andra statliga styrmedel.

Arbetet med att ta fram denna rapport har genomförts av en projektgrupp bestående av Jesper Olsson och Adam Sandebring från Vårdanalys, samt Josefin Klingvall och Jonas Lundberg från Health Navigator AB. Projektgruppen vill rikta ett stort tack till alla som har tagit av sin tid för att bli intervjuade för rapporten.

Vårdanalys förhoppning är att rapporten ska bidra till den fortsatta utvecklingen av den statliga styrningen av vården och omsorgen – till nytta för patienter, brukare och medborgare.

Stockholm i november 2013

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Sammanfattning

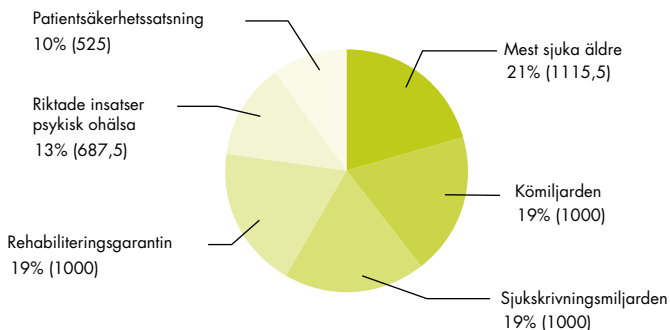
Myndigheten för vårdanalys har gjort en första analys av prestationsbaserad ersättning som statligt styrmedel av vården och omsorgen. Vi har studerat och analyserat styrmedlets konstruktion, för att tydliggöra möjliga utmaningar, risker och utvecklingsmöjligheter. Syftet med analysen är att bidra med underlag för hur styrmedlet kan utvecklas vidare.

► *Överenskommelser med prestationsbaserad ersättning blir allt vanligare – men effekterna av styrmedlet är omdiskuterade och kunskapsläget dåligt*

Överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), med därtill kopplade prestationsbaserade ersättningar, har blivit ett allt vanligare inslag i den statliga styrningen av vården och omsorgen. Den första satsningen med prestationsbaserad ersättning var Sjukskrivningsmiljarden 2006. Idag finns det sammanlagt sex överenskommelser med ersättningsmodeller av denna typ som omfattar drygt 5,3 miljarder kronor.

Fördelning avsatta medel

2013; 100%=5 328 mkr



Om man jämför totalsumman av alla prestationsbaserade ersättningar med totalsumman för utgiftsområdet Hälsovård, sjukvård och social omsorg i statsbudgeten har andelen ökat från 2 procent 2006 till 9 procent 2013.

Samtidigt som användningen har ökat, har statlig styrning med prestationsbaserad ersättning blivit en omdebatterad fråga. I debatten har det lyfts frågor om de avsatta resurserna verkligen kommer de avsedda målgrupperna till del, om det verkligen är rätt prestationer som belönas och om styrningen riskerar att medföra oönskade sidoeffekter i vården. Förespråkarna pekar dock på att det går att visa på tydliga och mätbara förbättringar inom de områden som överenskommelserna avser.

En viktig avgränsning i rapporten är att vi inte utvärderar vilka resultat och effekter prestationsbaserade ersättningar har gett i vården. Vi jämför inte heller ändamålsenligheten med prestationsbaserad ersättning med andra statliga styr- och ersättningsmodeller.

Vi har studerat hur modellen för prestationsbaserad ersättning är konstruerad i respektive satsning och överenskommelse. Nedan klargörs några av de centrala begreppen i rapporten.

Överenskommelser med prestationsbaserad ersättning



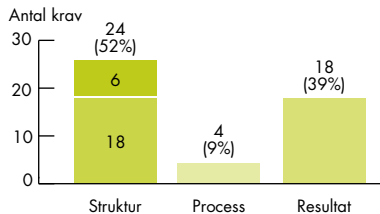
► *Prestationsbaserad ersättning kan ses som en ”mjuk” statlig styrform – men den innehåller krav på vården och omsorgens strukturer, processer och resultat för att huvudmännen ska få ta del av satsningarnas resurser*

Prestationsbaserad ersättning kan ses som ”mjuk” statlig styrning då kraven i överenskommelserna inte är tvingande – i kontrast till ”hårda” styrmedel som lagstiftning. Prestationsbaserad ersättning innebär att medel utbetalas till kommuner och landsting först efter att huvudmännen uppnått i förhand definierade krav på ett område. Principen att ge medel till dem som uppnår fördefinierade kravnivåer skiljer sig markant från tidigare satsningar där stimulansmedlen i huvudsak fördelats utifrån befolkningsstorlek i kommu-

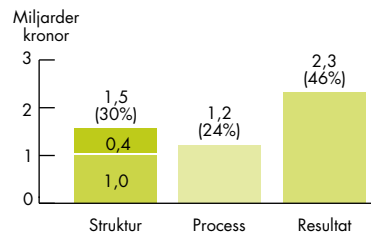
ner och landsting. Att staten vill mäta resultat i verksamheter de ger medel till är en generell förvaltningspolitisk trend. Den samlade bilden är att de konkreta resultat som noterades efter den första Kömiljarden blev startpunkten för att överenskommelser med prestationsbaserad ersättning fick fäste på vård- och omsorgsområdet, och att tillämpningen av styrmedlet sedan ökade snabbt.

Inom de sex aktuella överenskommelserna förekommer olika varianter av prestationsbaserade ersättningsmodeller. Gemensamt för dem är att de ersätter landsting eller kommuner i efterhand utifrån någon form av uppfyllnad av krav. Det som skiljer dem åt är dels hur de olika typerna av krav benämns och dels om de innefattar både grund- och prestationskrav, eller om utbetalning enbart relaterar till prestationskrav. Totalt är medlen som fördelas utifrån prestation i de sex överenskommelserna uppdelade på krav för att bygga upp strukturer (30 procent), för att få vissa vårdprocesser eller aktiviteter på plats (24 procent), och för att nå definierade patientutfall eller patientnära resultat (46 procent).

Fördelning utifrån antal prestationskrav

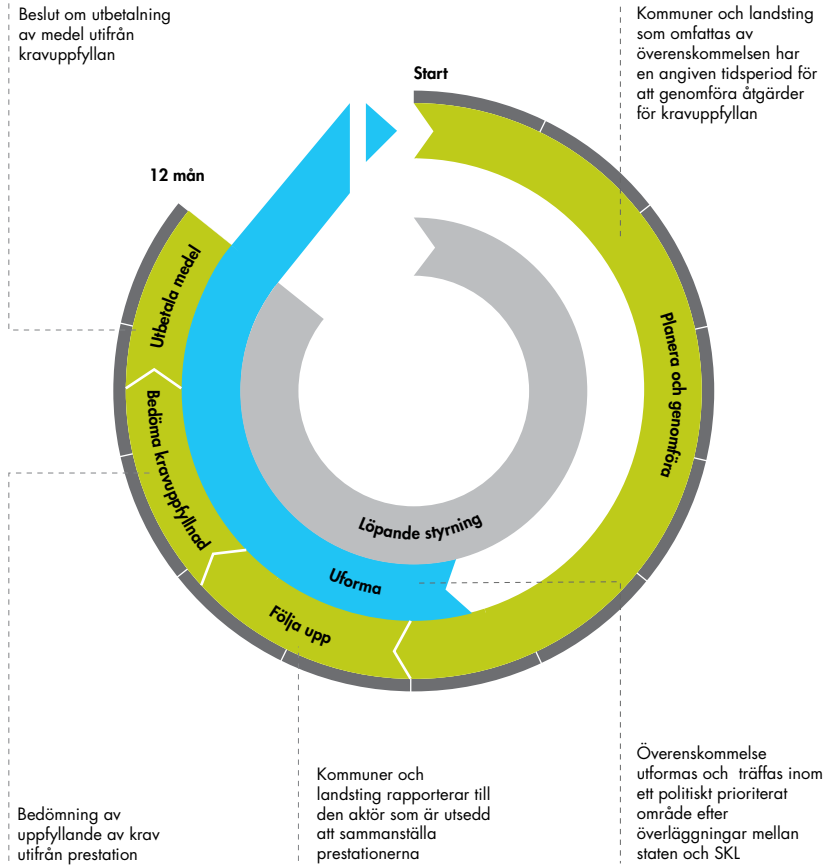


Fördelning utifrån avsatta medel



På en schematisk nivå kan överenskommelserna med prestationsbaserad ersättning ses följa en cykel över cirka ett och ett halvt år som kan delas in i olika faser. Startpunkten är när utformningen av överenskommelsen påbörjas, vanligtvis cirka ett halvår före det att överenskommelsen träffas vilket oftast sker i december. Slutpunkten är vid nästa årsslut när medlen betalas ut. Detaljerna i de olika faserna skiljer sig åt mellan överenskommelserna.

Sammanfattning



Ett stort antal aktörer är involverade i överenskommelserna med prestationsbaserad ersättning. De ansvariga aktörerna skiljer sig också åt mellan de olika överenskommelserna.

	Uforma	Löpande styrning	Planera och genomföra	Följa upp	Bedöma krav-uppfyllnad	Utbetala medel	Utvärdera resultat/ effekter	
Patient-säkerhets-satsning	Staten och SKL	1 Projektchef SKL	Landsting	Socialstyrelsen/ SMI/SKL	Socialstyrelsen	Kammarkollegiet	Specificeras ej i ök.	
Riktade insatser psykisk ohälsa		2 Nationella samordnare (1 SocDep, 1 SKL)	Kommuner och landsting	Vårdanalys, SKL/Socialdepartementet	Socialstyrelsen		SKL:s samordningsfunktion/ Vårdanalys	
Mest sjuka äldre		1 Nationell samordnare 1 Projektchef SKL		SKL/Socialstyrelsen	Socialstyrelsen		Statskontoret	
Kömiljarden		1 SKL-samordnare	Landsting	SKL	Socialdepartementet		Specificeras ej i ök.	
Sjuk-skrivningsmiljarden		1 SKL-handläggare		Försäkringskassan	Försäkringskassan i samråd med SKL		Försäkringskassan	Specificeras ej i ök.
Rehabiliteringsgarantin		1 SKL-handläggare		Försäkringskassan	Försäkringskassan		Försäkringskassan	Specificeras ej i ök.

► *Prestationsbaserad ersättning ger kraftfulla effekter i vård och omsorg– men med den nuvarande tillämpningen uppstår risker för att satsningarnas mål inte nås, att önskade sideeffekter uppstår och att vårdens lokal anpassningsförmåga minskar*

Mycket tyder på att prestationsbaserad ersättning är ett styrmedel som ger kraftiga effekter ute i de ”styrda” verksamheterna i vården och omsorgen. Risken är dock att effekterna inte enbart blir de som satsningarna syftar till att uppnå. Vår analys tyder på att det finns tre typer av risker med den nuvarande konstruktionen och tillämpningen av prestationsbaserad ersättning:

1. Risk för att målen med satsningarna inte nås på ett effektivt sätt

Ur ett medborgarperspektiv är en central fråga om de resurser som avsätts för de statliga satsningarna används effektivt för att nå överenskommelsernas mål. Ur ett patient- och brukarperspektiv är det också relevant att ställa frågan om de satsningar som görs leder till förbättringar för den avsedda målgruppen. I vår analys har framkommit att det finns delar av konstruktionen av överenskommelserna med prestationsbaserad ersättning som medför en risk för att våra gemensamma resurser inte används effektivt och att en förbättring inom det avsedda området eller för målgruppen inte uppnås.

Till att börja med kan den totala mängden av olika satsningar, att de inte är inbördes synkroniserade och att de inte är harmoniserade med huvudmännens planerings- och budgetcykler, innebära risk för att de avsatta medlen inte används effektivt. I intervjuerna har det bland annat framkommit att dagens sex överenskommelser kräver omfattande administrativa resurser hos huvudmännen för koordinering, planering och rapportering. Det ökade antalet överenskommelser uppges också medföra att effekten av varje enskild överenskommelse minskar. Konstruktionerna av överenskommelserna skiljer sig också åt mellan varandra, exempelvis avseende ersättningsmodell, terminologi och ansvarsfördelning, vilket driver merarbete hos mottagarna och försvårar ett samlat genomförande. En annan utmaning är att huvudmännen ofta ges snäva tidsramar för planering och genomförande av åtgärder för att uppnå kraven. Utbetalningsmodellerna är också i de flesta fall konstruerade så att storleken på den utbetalade ersättningen varierar utifrån hur många kommuner och landsting som uppfyllt kraven i överenskommelserna, vilket gör det svårt för huvudmännen att budgetera för detta eventuella tillskott. Det faktum att överenskommelserna är tidsbegränsade medför också en risk att de verksamheter som byggs upp med hjälp av de statliga medlen inte integreras i den löpande verksamheten efter avslutad satsning.

Det finns också en risk att pengarna som avsätts i satsningarna inte kommer de avsedda målgrupperna till del fullt ut. Exempelvis har 87 procent av kraven i överenskommelserna fasta nivåer – det vill säga samma krav gäller för alla deltagande huvudmän. De som redan innan den statliga satsningen ligger bra till inom det aktuella området kan då uppnå kraven utan att väsentligt höja ambitionsnivån jämfört med ordinarie arbetssätt. De statliga medel som sedan utbetalas är inte heller öronmärkta för målgrupperna för satsningarna, vilket innebär att huvudmännen kan använda dem för att finansiera andra områden än de som den aktuella satsningen avser.

2. Risk för oönskade sidoeffekter

En annan risk är att den statliga styrningen i satsningarna leder till oönskade sidoeffekter i form av undanträngning av fungerande verksamheter, att kort-siktiga och ”felaktiga” lösningar väljs och att de mottagande verksamheterna frestas att manipulera inregistrering av data för att ta del av medlen.

Det krävs ett mycket noggrant förarbete inför val av områden och krav om effekterna av prestationsbaserad ersättning ska bli de önskade. Exempelvis kan ett krav som är fokuserat på en enskild aktivitet i en vårdprocess leda till att den aktiviteten förbättras avsevärt, utan att resultaten av proces-

sen som helhet förbättras nämnvärt. Risken är då att fungerande processer trängs undan av en enskild aktivitet eller att den enskilda aktiviteten blir allt för styrande. En annan risk som uppmärksammats är att till exempel förebyggande verksamhet trängs undan till förmån för verksamhet som är lättare att ”mäta” – trots att förebyggande arbete många gånger kan vara det långsiktigt mest effektiva.

Styrning mot resultat vid avsaknad av vägledning över hur resultaten kan uppnås har också lyfts fram som en utmaning, då det riskerar att kortsiktiga och ”felaktiga” lösningar skapas som inte förbättrar situationen inom det avsedda området eller för den avsedda målgruppen.

En annan utmaning är att de krav och kravnivåer som sätts upp måste ses som legitima av de som arbetar i de verksamheter som man avser att styra. Annars riskerar man att skapa en grogrund för felaktig data-rapportering. I värsta fall kan verksamheterna frestas att rapportera data felaktigt vilket får konsekvenser på datakvaliteten i olika system och register – något som i sin tur påverkar kvaliteten på exempelvis forskning och kvalitetsutvecklingsarbete.

3. Risk för minskad lokal anpassningsförmåga och ökad ojämlikhet

Överenskommelserna med prestationsbaserad ersättning är en form av nationell styrning. Trots att det är valfritt att delta ser vi i vår analys en risk för att styrningen med prestationsbaserad ersättning kan minska utrymmet för lokal anpassning. En utmaning är att överenskommelserna sluts på nationell nivå mellan staten och SKL, med relativt liten möjlighet för enskilda kommuner och landsting att påverka innehållet i överenskommelserna. Det uppstår därmed en risk för att lokala förbättrings-initiativ som egentligen är högre prioriterade i den enskilda kommunen eller landstinget bortprioriteras för att man vill ta del av de statliga medlen som är kopplade till satsningen.

Ett av de uttalade syftena med de nationella satsningarna är att minska omotiverade skillnader över landet. Det finns dock en, åtminstone teoretisk, risk för att styrningen kan få motsatt effekt. Som nämndes ovan har en stor andel av kraven fasta nivåer – samma krav gäller för alla deltagande huvudmän. De som redan innan satsningen ligger bra till inom det aktuella området har därmed en enklare väg för att få del av de statliga resurserna, vilket i förlängningen riskerar att leda till ökad ojämlikhet.



► *Genom att vidareutveckla och systematisera användningen av prestationsbaserad ersättning går det att minska många av riskerna för felaktiga effekter*

Om staten vill fortsätta att använda prestationsbaserad ersättning för att styra vården och omsorgen, har Vårdanalys några rekommendationer för hur styrmedlet kan utvecklas. För att motverka de risker som har identifierats och få styrmedlet att i större utsträckning styra mot de resultat som pekas ut i överenskommelserna bör:


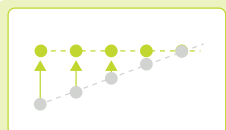
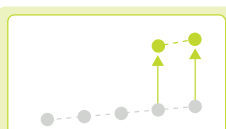
1. Regeringen överväga att utarbeta en samlad och kommunicerbar visualisering av överenskommelserna med prestationsbaserad ersättning
2. Regeringen överväga att harmonisera processen för utformning, genomförande och avslut av överenskommelser med prestationsbaserad ersättning
3. Regeringen överväga att besluta om grundläggande principer för val av krav, kravnivåer och uppföljning

Vårdanalys konstaterar också att det finns ett behov av ytterligare studier och analyser för att öka kunskapen om effektivitet och effekter av prestationsbaserad ersättning som statligt styrmedel.

► *För att uppnå önskade effekter i större utsträckning bör den prestationsbaserade ersättningen utformas utifrån en definition av det övergripande syftet med satsningen*

Utifrån de risker och rekommendationer som vi har utvecklat gör vi också ett par reflektioner över hur styrmedlet skulle kunna utvecklas på lite längre sikt. Vi föreslår en tankemodell där det övergripande syftet med satsningen också bör påverka hur den prestationsbaserade ersättningen utformas. De tre tänkbara övergripande syftena som vi utgår från är följande:

1. En generell förbättring av nationellt prioriterade områden
2. En mer jämlik vård och omsorg över landet
3. Ökad innovation och spjutspetsverksamhet

<p>Vägar framåt</p>	<p>Förbättring inom nationellt prioriterade områden</p> 	<p>Tillvägagångssätt vid utformning/val av områden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regeringen och SKL väljer ett fåtal nationellt prioriterade områden för vilka överenskommelser träffas • ÖK gäller för samtliga kommuner och landsting 	<p>Krav, kravnivåer och ersättningsmodell</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relativa krav som stimulerar till generell förbättring utifrån belagda referenspunkter • Fast maximalt belopp per kommun/landsting
	<p>En mer jämlik vård och omsorg över landet</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommuner och landsting föreslår "problemområden" (utifrån egna förslag eller bruttolista från Regeringen) • Olika ÖK för olika kommun/landsting/grupper 	<ul style="list-style-type: none"> • Relativa krav som stimulerar till förbättring mot motsvarande nationellt framstående nivå • Fast maximalt belopp per kommun/landsting
	<p>Stimulera innovation och spjutspetsverksamhet</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommuner och landsting föreslår områden de redan idag är bra på, för ytterligare förbättring • Olika ÖK för olika kommun/landsting/grupper 	<ul style="list-style-type: none"> • Relativa krav som stimulerar till förbättring mot internationellt ledande nivå • Fast maximalt belopp per kommun/landsting

Man kan överväga möjligheten att tillämpa alla tre modellerna parallellt, att vissa överenskommelser fokuserar på prioriterade områden för nationell förbättring, att vissa fokuserar på en jämlik vård över landet och att vissa fokuserar på att stimulera innovation.

Innehåll

1	Prestationsbaserad ersättning – ett allt vanligare styrmedel för vård och omsorg	21
1.1	Vårt syfte är att bidra med underlag för hur prestationsbaserad ersättning kan utvecklas	21
1.2	Vi har studerat prestationsbaserade ersättningar i dokument och med intervjuer	22
1.3	Vi har inte studerat effekterna i vården och omsorgen	23
1.4	Förändringsprocesser drivs inte bara av ekonomiska incitament	23
1.5	Definitioner av centrala begrepp i rapporten.....	24
1.5	Definitioner av olika kravtyper i rapporten	25
2	Vad är prestationsbaserad ersättning och varför har det utvecklats? .	29
2.1	Prestationsbaserad ersättning kan ses som ”mjuk” statlig styrning.....	29
2.2	Storleken på ersättningen påverkas av prestationer eller resultat	30
2.3	Varför har prestationsbaserad ersättning utvecklats och fått fäste?	32
2.4	Hur fungerar överenskommelser med prestationsbaserad ersättning idag?	37
2.5	Olika modeller för överenskommelser med prestationsbaserad ersättning.....	39
2.6	Ansvar för utvärdering och uppföljning av kraven.....	45
3	Tre typer av risker med konstruktionen av prestationsbaserad ersättning	49
3.1	Risk att målen med satsningarna inte nås på ett effektivt sätt	49
3.2	Risk för oönskade sidoeffekter	58
3.3	Risk för minskad lokal anpassning och ökad ojämlikhet	62



4	Rekommendationer för att vidareutveckla prestationsbaserad ersättning som statligt styrmedel	67
4.1	En samlad och kommunicerbar visualisering av överenskommelserna med prestationsbaserad ersättning.....	67
4.2	Harmonisera processen för utformning, genomförande och avslut av överenskommelser med prestationsbaserad ersättning.....	68
4.3	Besluta om grundläggande principer för val av krav, kravnivåer och uppföljning	69
4.4	Det behövs ytterligare studier för att öka kunskapen om effekterna av prestationsbaserad ersättning	70
5	Tänkbara vägar framåt – för att bättre nå önskade effekter	73
5.1	Syftet med satsningen bör påverka hur styrningen utformas	73
5.2	För att förbättra nationellt prioriterade områden.....	75
5.3	För att åstadkomma en jämlik vård och omsorg över landet	76
5.4	För att stimulera innovation och spjutspetsverksamhet	78
5.5	Avslutande kommentarer till tänkbara vägar framåt	79
6	Överenskommelser med prestationsbaserad ersättning	83
7	Referenser	87



Prestationsbaserad ersättning – ett allt vanligare styrmedel för vård och omsorg

Överenskommelser där kommuner och landsting får ersättning efter uppnådd prestation har blivit ett vanligare inslag i den statliga styrningen av vården och omsorgen. Samtidigt är det ett styrmedel vars effekter är omdiskuterade. Mot bakgrund av denna utveckling har Vårdanalys genomfört en första analys för att tydliggöra vilka utmaningar, risker och utvecklingsmöjligheter som användningen av prestationsbaserad ersättning medför. Viktiga avgränsningar i rapporten är att vi inte utvärderar styrmedlets effekter ute i verksamheterna eller dess ändamålsenlighet i jämförelse med andra statliga styr- och ersättningsformer.

Vi har studerat hur modellen för prestationsbaserad ersättning är konstruerad i respektive satsning och överenskommelse. Vi har sedan kompletterat dessa dokumentstudier med intervjuer med experter för att klargöra de största utmaningarna och möjligheterna. Våra analyser handlar bland annat om val av område för satsningarna, och utformning av syfte, mål, krav, kravnivåer och ersättningsmodeller när styrmedlet ska tillämpas. Till sist presenterar vi några tankar om hur utformningen av styrmedlet kan påverka dess effekter i vården och omsorgen.

1.1 VÅRT SYFTE ÄR ATT BIDRA MED UNDERLAG FÖR HUR PRESTATIONSBASERAD ERSÄTTNING KAN UTVECKLAS

Överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) där kommuner och landsting får ersättning efter prestation har blivit ett allt vanligare inslag i den statliga styrningen av vård och omsorg. Tillgänglighet, patientsäkerhet och sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre är aktuella exempel på områden där sådana överenskommelser slutits (14).

Både antalet och storleken på överenskommelserna har ökat sedan den första



överenskommelsen med prestationsbaserad ersättning lanserades år 2006 – den så kallade Sjukskrivningsmiljarden. Totalt omfattar denna typ av överenskommelser 2013 drygt fem miljarder kronor. År 2006 motsvarade avsatta medel för prestationsbaserad ersättning 2 procent av statens budget för hälsovård, sjukvård och social omsorg – 2013 motsvarade det 9 procent (se kapitel 2).

Debatten om prestationsbaserad ersättning har tilltagit i takt med att större resurser investerats i och fler områden har omfattats av prestationsbaserade ersättningsmodeller. I debatten har kritikerna lyft frågor om de avsatta resurserna verkligen kommer målgruppen till del, om det är rätt prestationer som belönas och om styrningen riskerar att medföra oönskade sidoeffekter. Samtidigt har förspråkarna lyft fram att det går att visa på tydliga resultat och förbättringar på de områden som valts ut.

Mot bakgrund av denna utveckling har Vårdanalys genomfört en första analys av hur styrmedlet är konstruerat för att tydliggöra vilka möjliga utmaningar och risker som kan följa utifrån det. Det övergripande syftet är att bidra med underlag för hur styrmedlet prestationsbaserad ersättning kan utvecklas – till nytta för patienter och medborgare.

Studien belyser två frågeställningar:

- Vad är prestationsbaserad ersättning och varför har det utvecklats?
- Vilka är de huvudsakliga utmaningarna med dagens konstruktion av prestationsbaserade ersättningsmodeller ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv?

1.2 VI HAR STUDERAT PRESTATIONSBASERADE ERSÄTTNINGAR I DOKUMENT OCH MED INTERVJUER

Kartläggningen av modellernas konstruktion har genomförts genom att studera hur överenskommelsernas innehåll och konstruktion beskrivs i respektive beslut och skriftlig överenskommelse. Analysen har fokuserat på att belysa möjliga utmaningar och risker med konstruktionen. För att identifiera eventuella ytterligare utmaningar och risker samt komplettera förståelsen för styrmedlets funktionssätt har djupintervjuer genomförts.

De intervjuade är experter och nyckelpersoner som har studerat, tillämpat eller varit mottagare av prestationsbaserad ersättning. Totalt har fjorton intervjuer genomförts.

Vidare har en genomgång av tidigare genomförda studier och rapporter kring överenskommelser med prestationsbaserad ersättning genomförts.

Alla studier som ligger till underlag för rapporten har genomförts under perioden maj till augusti 2013.

1.3 VI HAR INTE STUDERAT EFFEKTERNA I VÅRDEN OCH OMSORGEN

Vi har enbart undersökt de överenskommelser mellan stat och landsting och kommuner på vård- och omsorgsområdet som innehåller prestationsbaserade ersättningar – enligt definitionen av detta i rapporten.

En viktig avgränsning är att vi inte utvärderar resultaten eller effekterna av de statliga satsningarna – eller vilka resultat prestationsbaserad ersättning ger i jämförelse med andra statliga ersättningsmodeller. Rapporten omfattar inte heller en fullständig kartläggning eller analys av hur arbetet med att genomföra satsningarna har organiserats eller genomförts. Studiens fokus har varit utmaningar och risker med styrmedlet i syfte att identifiera förbättringsmöjligheter och möjliga vägar framåt.

Vi har inte studerat ändamålenligheten med överenskommelser som ett mer generellt statligt styrmedel. Vi har inte heller studerat de legala aspekterna på överenskommelser mellan staten och SKL.

1.4 FÖRÄNDRINGSPROCESSER DRIVS INTE BARA AV EKONOMISKA INCITAMENT

I denna rapport beskrivs och analyseras statens och huvudmännens arbete med prestationsbaserad ersättning ur ett strukturellt perspektiv. Vi har bland annat studerat och analyserat utformning av krav, kravnivåer och ersättningsmodeller.

Det är samtidigt viktigt att betona att själva ersättningen bara är ett medel för att få till de förändringsprocesser i vården och omsorgen som staten och huvudmännen önskar med sina överenskommelser. Minst lika viktiga för att få till stånd förändringarna i praktiken, som ersättningssystemens utformning och tillförandet av statliga resurser, kan andra mekanismer vara.

Det faktum att de medel som huvudmännen kan erhålla genom de prestationsbaserade ersättningarna är ringa i förhållande till huvudmännens egna budgetar tyder på att det finns andra bakomliggande faktorer som bidrar till genomslaget för prestationsbaserad ersättning. En viktig faktor kan vara så enkel som att staten och huvudmännen skapar konsensus om att ett visst problem är prioriterat. En annan viktig faktor kan vara att de inblandade aktörerna klargör någon eller några möjliga lösningar på det aktuella problemet och att det skapas ett sammanhang där företrädare för flera organisationer och professioner kan arbeta tillsammans för att lösa ett fördefinierat problem. En tredje tänkbar faktor är att det skapas system för kontinuerlig uppföljning och återföring av resultat. En fjärde faktor som ofta lyfts fram är att resultaten synliggörs och huvudmännen jämförs med varandra. För att kartlägga dessa mekanismer krävs fortsatta studier.



1.5 DEFINITIONER AV CENTRALA BEGREPP I RAPPORTEN

När vi skriver om *område* i rapporten avser vi främst ett avgränsat område inom vård och omsorg som staten har valt ut för en riktad satsning. Satsningen tar sig ofta uttryck i att en överenskommelse med inriktning och mål träffas mellan staten och kommunerna och landstingen. Områden som berörs av prestationsbaserade ersättningar är bland annat: äldres vård och omsorg, tillgänglighet och sjukskrivningar.

I överenskommelserna som träffas mellan staten och landstingen och kommunerna kommer parterna ofta överens om ett gemensamt *syfte* med överenskommelsen och vilka övergripande *mål* som ska uppnås i vården och omsorgen. Både syfte och mål är ofta generellt formulerade.

Målen bryts sedan ned i ett antal *krav* som huvudmännen måste uppnå för att få ta del av resurserna som är knutna till satsningen (mer om olika kravtyper i rapporten följer nedan). Kraven definieras ibland genom *kravnivåer* på enskilda *indikatorer*.

Konkreta exempel på krav, kravnivå och indikator ges nedan:

- *Krav*: 70 procent av patienterna ska ha väntat 60 dagar eller kortare på första besök eller behandling.
- *Kravnivå*: 70 procent
- *Indikator*: Andel av patienterna som väntat 60 dagar eller kortare på första besök eller behandling

I överenskommelserna används också olika *ersättningsmodeller*. I vissa fall bygger ersättningsmodellerna på att huvudmännen först måste uppfylla vissa grundläggande krav, storleken på utbetalningen bestäms sedan av hur väl de uppfyller andra så kallade prestationskrav. I andra fall finns inga grundkrav utan hela utbetalningen bestäms av hur väl landsting eller kommuner uppfyller prestationskraven.

Figur 1. Centrala begrepp i rapporten.

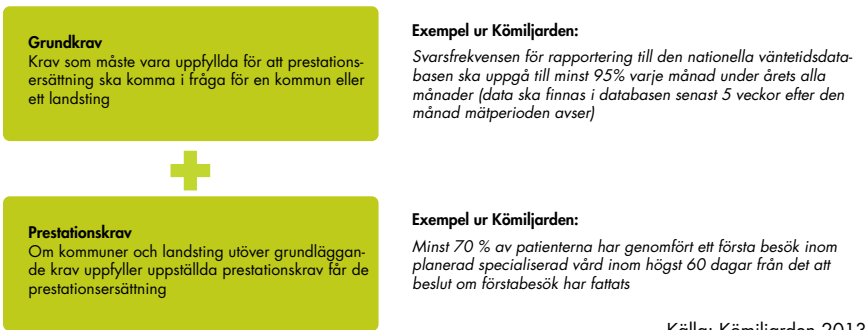


Källa: Vårdanalys

1.5 DEFINITIONER AV OLIKA KRAVTYPER I RAPPORTEN

De mål som sätts i överenskommelserna med prestationsbaserad ersättning går att kategorisera på olika sätt. I våra analyser av kraven i satsningarna använder vi oss av två olika kategoriseringar. Först skiljer vi på två olika typer av krav, beroende på om de avser grundförutsättningar för att överhuvudtaget få ta del av satsningen eller krav som relaterar till en viss prestation. Vi har även använt oss av en annan kategorisering i våra analyser – som utgår från vad kraven avser att påverka hos huvudmännen – strukturer, processer eller resultat.

Figur 2. Exempel på grundkrav och prestationskrav.



Ett krav i en satsning kan antingen ställas som ett grundkrav eller ett prestationskrav.

Begreppet grundkrav är en benämning på de krav som ställs i överenskommelserna som en förutsättning för att bli tilldelade medel. Först om grundkraven uppfylls finns möjlighet till extra ersättning om landstingen och kommunerna även uppfyller ett eller flera prestationskrav.

Prestationskrav är de krav som landstingen och kommunerna måste nå för att få ta del av de villkorade statliga medlen. I överenskommelserna benämns de ibland som prestationsmål, som i Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2013 – eller indikatorer, som i Patientsäkerhetsatsningen 2013. I denna rapport används genomgående begreppet krav för grund- och prestationskrav i samtliga satsningar.

Ett annat sätt att kategorisera de olika kraven på huvudmännen i överenskommelserna är om de ställer krav på strukturer, processer eller resultat ute i verksamheterna.

Figur 3. Strukturkrav, processkrav och resultatkrav.

Strukturkrav (två olika typer, a och b)

- a) Krav som syftar till att utveckla förutsättningarna för verksamheten.
Exempelvis krav på framtagande och genomförande av handlingsplaner, utveckling av IT och annan infrastruktur, överenskommelser och beslut, etc.
- b) Krav som syftar till att utveckla arbetsflöden med indirekt påverkan på vårdnära utfall eller resultat.
Exempelvis krav på förbättrad rapportering och uppföljning, registrering i kvalitetsregister, mätningar, efterlevnad av lagar och regelverk, etc.

Processkrav

Normativa krav som anger hur vårdprocesser eller aktiviteter som direkt påverkar vårdnära utfall eller resultat ska förändras och vad som ska göras i praktiken för att erhålla ersättning, det vill säga ersättning för specifika vårdinsatser, till exempel diagnos eller behandling. Exempelvis ersättning per levererad teambaserad utredning, ersättning för multimodal rehabilitering, etc.

Resultatkrav

Krav som syftar till att förbättra ett patientutfall eller patientnära resultat, med handlingsutrymme för huvudmännen definiera hur resultatkraven bäst nås. Exempelvis krav på maximal väntetid på besök eller behandling, eller förbättring av indikatorn olämpliga läkemedel för 75+, etc.

Källa: Modifierad utifrån Donabedian (1)



Vad är prestationsbaserad ersättning och varför har det utvecklats?

Prestationsbaserad ersättning kan ses som ”mjuk” statlig styrning i och med att målen i överenskommelserna inte är tvingande – i kontrast till ”hård” styrning med lagstiftning. Modellen innebär att de statliga medlen utbetalas först efter att huvudmännen uppnått i förhand definierade krav på ett område. Att staten vill mäta resultat i verksamheter de ger medel till är en generell förvaltningspolitisk trend. Kömiljarden och Sjukskrivningsmiljarden var de första försöken inom vård och omsorg – och de upplevda framgångarna med dem medförde att modellen började användas på allt fler områden.

Det finns idag sex överenskommelser med prestationsbaserade ersättningar som omfattar ca 5,3 miljarder kronor. De flesta av dessa innehåller såväl grundkrav för att kunna ta del av medlen för respektive satsning som villkorade prestationskrav. Medlen fördelas mellan krav på att bygga upp strukturer (30 procent) för till exempelvis återrapportering, krav på att få vissa vårdprocesser (24 procent) på plats, men den största delen delas ut till dem som når krav på patientutfall eller patientnära resultat (46 procent).

2.1 PRESTATIONSBASERAD ERSÄTTNING KAN SES SOM ”MJUK” STATLIG STYRNING

Ansvar för sjukvården i Sverige är uppdelat mellan stat, landsting och kommun. Ansvarsfördelningen är utformad så att staten är ansvarig för den övergripande hälso- och sjukvårdspolitiken och att kommunerna och landstingen har ansvaret för att organisera och finansiera den egna vården och omsorgen. Det innebär i praktiken att respektive kommun och landsting har stora friheter att utforma vården och omsorgen så som de bedömer ger god vård åt



befolkningen (7). Ansvarsfördelningen ska medföra att staten i huvudsak styr och påverkar värden och omsorgen på en övergripande nivå.

I en rapport om statlig styrning av hälso- och sjukvården har Statskontoret delat in styrningen i två huvudkategorier *styrning genom regleringar* eller *annan styrning*. Exempel på *styrning genom regleringar* är lagar, förordningar och föreskrifter – det vill säga bindande regler som måste efterlevas (21).

Ett annat begrepp som är besläktat med det som Statskontoret benämner som *annan styrning* är *mjuk styrning* (20). Med *mjuk styrning* avses styrmedel där staten inte ställer krav på efterlevnad genom bindande regler och hierarkisk auktoritet (21, 22). *Mjuk styrning* förutsätter istället att mottagaren är beredd att ta emot styrningen.

Exempel på *mjuk styrning* inom det svenska hälso- och sjukvårdsområdet är överenskommelser med eller utan riktade statsbidrag, nationell kunskapsstyrning, liksom olika former av nationella uppföljningar, till exempel Öppna jämförelser. Gemensamt för dessa är att insatserna är nationellt initierade, ofta tidsbegränsade och kombineras med statsbidrag som fokuserar på ett utpekad område inom vården (21, 22).

I denna rapport definierar vi överenskommelserna mellan staten och SKL med prestationsbaserad ersättning som en form av *mjuk styrning*.

2.2 STORLEKEN PÅ ERSÄTTNINGEN PÅVERKAS AV PRESTATIONER ELLER RESULTAT

På vård och omsorgsområdet är det vanligt att staten styr med överenskommelser. En överenskommelse mellan staten och vården och omsorgens huvudmän (kommunerna och landstingen) tas då gemensamt fram - i syfte att stödja insatser för ett utvalt område eller målgrupp. Kommunerna och landstingen representeras oftast av SKL i dessa överenskommelser.

I överenskommelserna ingår ofta riktade statsbidrag som ett ekonomiskt incitament. Riktade statsbidrag, även kallade specialdestinerade statsbidrag, är medel som tillkommer utöver de medel som ingår i landstingens och kommunernas ordinarie statliga finansiering, det så kallade generella statsbidraget. Andra verktyg för att styra inom ramen för överenskommelserna är exempelvis uppföljning, utvärdering eller krav på informationsinsatser (21).

De riktade statsbidragen i överenskommelserna kan fördelas på olika sätt. Prestationsbaserad ersättning är ett sätt, där storleken på statsbidraget till enskilda landsting eller kommuner styrs av deras dokumenterade prestationer eller resultat. Andra sätt att fördela riktade statsbidrag är exempelvis uti-

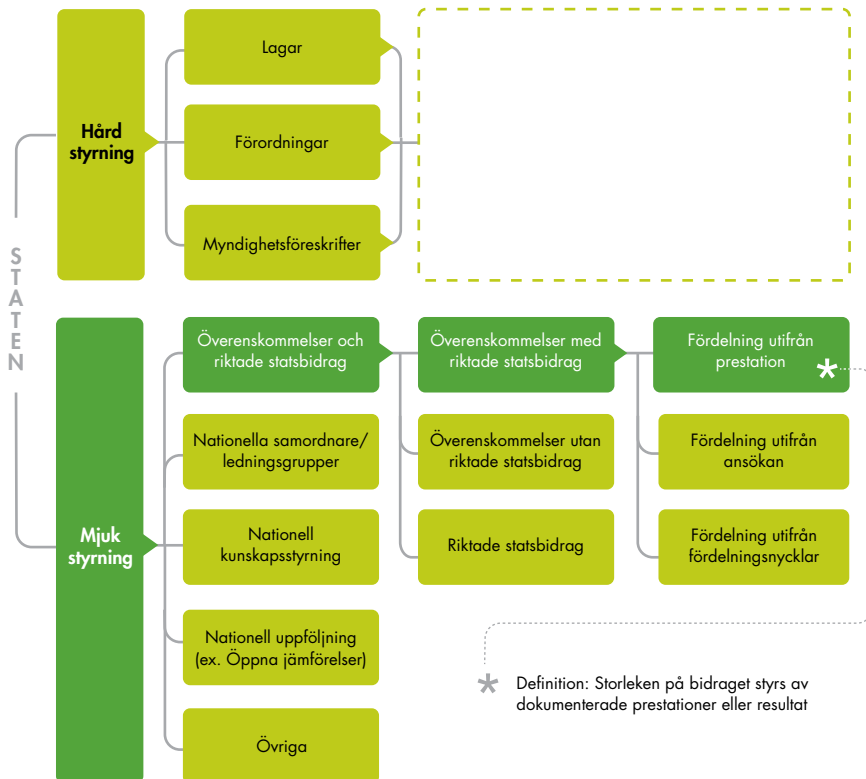
från antal invånare i en kommun, en behovsbaserad fördelningsnyckel, eller utifrån en bedömning av en ansökan (22).

Det bör nämnas att den prestationsbaserade ersättningen i överenskommelserna mellan staten och SKL i de flesta fall inte enbart fördelas utifrån prestation, utan även andra fördelningsnycklar ingår i överenskommelserna. I exempelvis Kömiljarden fördelas statsbidraget till de landsting som uppnått grund- och prestationskraven i överenskommelsen – men storleken på själva bidraget till respektive landsting avgörs sedan av befolkningsantal (12).

Sammanfattningsvis definieras prestationsbaserad ersättning i denna rapport som de riktade statsbidrag som ingår i överenskommelser mellan staten och SKL vars storlek styrs av dokumenterade prestationer eller resultat.

I denna rapport avgränsar vi analysen till överenskommelser med riktade statsbidrag där storleken på bidraget styrs av dokumenterade prestationer eller resultat.

Figur 4. Översikt över vissa statliga styrmedel på vård- och omsorgsområdet.



Källa: Vårdanalys sammanställning utifrån Statskontoret (21,22).

2.3 VARFÖR HAR PRESTATIONSBASERAD ERSÄTTNING UTVECKLATS OCH FÅTT FÄSTE?

Överenskommelser med prestationsbaserad ersättning inom vården och omsorgen är ett relativt nytt statligt styrmedel. Det första exemplet skapades år 2006 och idag finns det sex överenskommelser mellan staten och SKL där prestationsbaserad ersättning är en del. I detta avsnitt ges en kort historisk tillbakablick över hur styrmedlet har utvecklats och några möjliga förklaringar till dess framväxt.

2.3.1 Utvecklingen mot en styrning som fokuserar på prestationer och resultat har pågått under en längre tid

Utvecklingen mot en mer prestationsfokuserad styrning inom vården och omsorgen kan ses som en del i en förändring som pågått under en längre tid. I en rapport från Finansdepartementet år 1994 anges att förändringen började inom landstingen, med en uttalad ambition att gå från traditionellt anslags-tänkande till ekonomiskt nytänkande. Som exempel nämns införandet av prestationsbaserad ersättning till andra producenter av vård och service, vilket tillsammans med totalt kostnadsansvar och köp-sälj-modeller förväntades skapa incitament för att främja hög produktivitet och effektivitet. En orsak till att införa nya styrmodeller var att modellen med fasta anslag bedömdes ge incitament att göra minsta möjliga insats, bidra till bristande tillgänglighet och medföra risk för underbehandling (3).

Denna sektorspecifika utveckling sammanfaller också med en generell förvaltningspolitisk trend, där staten de senaste åren flyttat fokus på att styra mot projekt och aktiviteter, till att i högre grad försöka styra mot prestationer och resultat (21, 22).

Figur 5. Utveckling av den statliga styrningen, förutom regelstyrning.

1990	2000	2005
<ul style="list-style-type: none"> Nationella handlingsplaner ex. Handlingsplaner för att förebygga alkoholskador, äldrepolitiken Vårdgarantier*/besöksgarantier – överenskommelser mellan stat och landsting att SKL ska leva upp till statliga krav på insatser för enskilda patienter 	<ul style="list-style-type: none"> Utvidgning av vårdgarantierna* att även gälla behandling (90-dagarsregeln) Utnämning av nationella eller särskilda samordnare för olika frågor eller verksamheter Överenskommelser mellan staten och SKL inom ett specifikt satsningsområde – ex. Tillgänglighetsinsatsningen, Stimulansbidrag på äldreområdet 	<ul style="list-style-type: none"> Överenskommelser mellan stat och SKL inom specifika satsningsområden med riktade statsbidrag med ersättning efter prestation – ex. Sjukskrivningsmiljarden, Kömiljarden, Patientsäkerhetsinsatsningen, Riktade insatser inom psykisk ohälsa Möjlighet för landsting att söka direkt ersättning från staten för utveckling av ett område – ex. Vårdval

Inriktning: stimulera prestationer och resultat

Inriktning: stimulera till projekt och aktiviteter

*Avser ej den lagstadgade vårdgaranti som infördes år 2010

Källa: Vårdanalys sammanställning

I intervjuer med nyckelpersoner inom SKL, landsting och staten har det framkommit att en viktig bidragande faktor till framväxten av prestationsbaserad ersättning var skapandet av Öppna jämförelser. Öppna jämförelser var en förändring i förhållande till tidigare jämförelser mellan landsting som var fokuserade på strukturmått, såsom exempelvis antal sängplatser och antal genomförda operationer, till mer resultatbaserade mått såsom exempelvis hur dödligheten är 30 dagar efter hjärtinfarkt.

”Det är viktigt att minnas i vilket sammanhang prestationsersättningen infördes. Det gjordes i samband med Öppna jämförelser och de är därmed samma andas barn. I Öppna jämförelser hade fokus redan förflyttats från att jämföra antal sjukhus och akutbesök till att jämföra hur väl landstingen hade lyckats med befolkningen.”

Tjänsteman, Socialdepartementet

2.3.2 Överenskommelser med prestationsbaserad ersättning växte fram ur ett behov av att tydligare kunna styra upp och följa effekterna

De första överenskommelserna med prestationsbaserad ersättning skapades i mitten av 2000-talet. Bakgrunden var, enligt flera av de intervjuade, att det fanns en otålighet över att satsningar tog lång tid, var svårstyrda, att många projekt inte genomfördes som utlovats, samt att det var näst intill omöjligt att visa på vilka effekter genomförda satsningar ledde till.

”Tidigare kunde kommuner och landsting jobba väldigt fritt inom ett antal områden. När staten sedan skulle följa upp var det omöjligt att utvärdera vad som hade hänt, det fanns inga mål och ingen möjlighet att styra”

Tjänsteman, SKL

Behovet av att tydligare kunna styra och följa upp effekterna av statliga stimulansmedel bedöms enligt samtliga intervjuade vara den viktigaste orsaken till att modellen med överenskommelser med prestationsbaserad ersättning växte fram.

Ett annat viktigt syfte med överenskommelserna var att skapa en gemensam utvecklingsagenda mellan staten och landsting och kommuner. Överenskommelser med prestationsbaserad ersättning bedömdes ge förutsättningar för stat, landsting och kommuner att göra gemensam sak och därmed åstadkomma gemensamma aktiviteter på ett nationellt plan inom prioriterade områden.

2.3.3 Det första exemplet på en prestationsbaserad ersättning var Sjukskrivningsmiljarden, men det bredare genombrottet kom med Kömiljarden

Det första området som blev föremål för en överenskommelse med prestationsbaserad ersättning var sjukskrivningar. Bakgrunden till detta var enligt de intervjuade att sjukskrivningstalen i Sverige i början av 2000-talet internationellt sett var höga. Att staten intresserade sig för just detta område berodde också på att staten bar större delen av sjukskrivningskostnaderna, samtidigt som en viktig del av arbetet med att undvika sjukskrivningar ska genomföras av landstingen.

För att förbättra situationen tecknade staten och SKL år 2006 en överens-

kommelse med inslag av prestationsbaserad ersättning, den första så kallade Sjukskrivningsmiljarden. I överenskommelsen avtalades om en vinstdelningsmodell som innebar att landstingen skulle få dela på en miljard i statliga medel utifrån hur väl de lyckades med att sänka kostnaderna för sjukskrivningar.

Den största principiella skillnaden jämfört med tidigare statliga stimulansmedel på området var att landstingen i Sjukskrivningsmiljarden skulle få medel utifrån uppnådda resultat. Andra skillnader var att landstingen inte visste på förhand hur stora medel som skulle betalas ut eller exakt hur fördelningen skulle ske.

År 2008 tecknades en andra överenskommelse med prestationsbaserad ersättning, den första Kömiljarden. Kömiljarden var enligt flertalet intervjupersoner den verkliga startpunkten i utvecklingen mot att använda prestationsbaserad ersättning som statligt styrmedel för hälso- och sjukvård. Bakgrunden till Kömiljarden var, enligt flera intervjuade, en reaktion på att tillgängligheten konsekvent fick låga betyg i internationella jämförelser av svensk hälso- och sjukvård, samtidigt som svensk vård i övrigt rankades högt. Trots att staten tidigare avdelat statsbidrag för att förbättra tillgängligheten och det sedan flera år fanns en överenskommelse om en vårdgaranti hade inte önskvärda resultat uppnåtts. Situationen ledde fram till ett behov av att pröva nya sätt att åstadkomma förändring.

"Nytänkandet var att belöna de som presterar och kortar köerna, istället för att ge mest medel till de som har längst köer."

Tjänsteman, Socialdepartementet

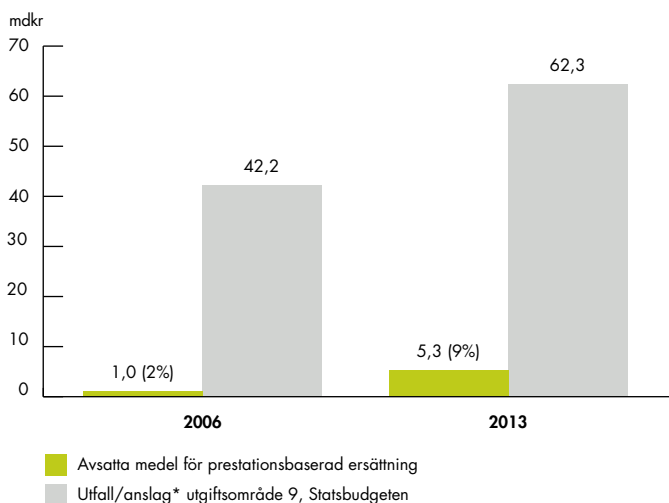
Likt Sjukskrivningsmiljarden var en viktig förändring att kraven definierades först och att pengar utbetalades efter att de uppnåtts. Detta till skillnad från att betala ut pengar i förskott med krav på att aktiviteter ska genomföras i efterhand. Med den nya modellen kopplades ersättning också tydligare till en viss prestation, istället för att enbart fördelas i relation till exempelvis befolkningsantal eller utifrån en bedömning av framtagna projektplaner.



2.3.4 De upplevda framgångarna med Kömiljarden blev startpunkten för ytterligare överenskommelser med prestationsbaserad ersättning

Den samlade bilden från intervjuerna är att det var de konkreta resultaten av Kömiljarden som gjorde att intresset för styrmedlet fick fäste. Möjligheten att tydligt mäta effekten av satsningen gjorde att kontrasten mot de svårsmätta resultaten av tidigare satsningar blev påtaglig. Antalet överenskommelser med prestationsbaserad ersättning har ökat sedan den första miljarden år 2006 till år 2013, då det finns sex överenskommelser som omfattar drygt fem miljarder kronor med prestationsbaserad ersättning. År 2006 motsvarade avsatta medel för prestationsbaserad ersättning 2 procent av statens budget för hälsovård, sjukvård och social omsorg. År 2013 hade avsatta medel för prestationsbaserad ersättning vuxit till att motsvara 9 procent (13, 17).

Figur 6. Avsatta medel för prestationsbaserad ersättning jämfört med statsbudgetens anslag för vården.*



* Utfall år 2006 respektive anslag år 2013. Avsatta medel för Sjukskrivningsmiljarden 2006 var 1 000 miljoner kronor i relation till 2006 statsbudgets post för utgiftsområde 9, Hälsovård, sjukvård och social omsorg på 42 176 miljoner kronor. Avsatta medel för de sex överenskommelserna med prestationsbaserad ersättning var 2013 på 5 328 miljoner kronor, att relatera till anslagen för utgiftsområde 9 under 2013 på 62 252 miljoner kronor.

Källa: Vårdanalys sammanställning [2, 13, 14]

2.4 HUR FUNGERAR ÖVERENSKOMMELSER MED PRESTATIONSBASERAD ERSÄTTNING IDAG?

I detta avsnitt beskrivs nuvarande överenskommelser med prestationsbaserad ersättning. Som en del av beskrivningen görs en analys av befintliga krav i överenskommelserna för att skapa en bild av vilka förbättringar de syftar till att åstadkomma. Slutligen beskrivs ansvarsfördelningen för genomförande och uppföljning av överenskommelserna.

2.4.1 Överenskommelser med prestationsbaserad ersättning 2013

Staten och SKL har en historia av att årligen träffa ett antal överenskommelser. Överenskommelserna träffas inom områden som båda parter identifierat som särskilt viktiga för vården och omsorgen. För år 2013 finns sex överenskommelser med prestationsbaserad ersättning enligt den definition som presenterats i tidigare avsnitt. I övriga överenskommelser utbetalas statsbidraget antingen direkt till det avsedda ändamålet utan särskild fördelningsmodell mellan landsting och kommuner eller med annan fördelningsgrund än dokumenterade prestationer.

Ett exempel som liknar överenskommelserna med prestationsbaserad ersättning, i det att det finns uppställda mätbara mål, är överenskommelsen mellan SKL och staten om utveckling och finansiering av nationella kvalitetsregister (8). I överenskommelsen finns angivet mätbara mål, vilka enligt överenskommelsen är effektmål som ska ligga till grund för uppföljning av effekterna av överenskommelsen. Storleken på det utbetalade statsbidraget beror dock inte på måluppfyllnad, varför överenskommelsen enligt definitionen i denna rapport inte klassas som prestationsbaserad ersättning.

Under 2013 omfattar överenskommelser mellan staten och SKL på vård och omsorgsområdet cirka 6 miljarder kronor varav 5,3 miljarder är inom ramen för överenskommelser med prestationsbaserad ersättning.

Vad är prestationsbaserad ersättning och varför har det utvecklats?

Tabell 1. Syfte med överenskommelserna

Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre – överenskommelse mellan staten och SKL ("Mest sjuka äldre") – 1 115,5 mkr

Syftet är långsiktigt förbättringsarbete med fokus på en förbättrad kvalitet och en mer sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Överenskommelsen 2013 är en del i en flerårig satsning där årliga överenskommelser har träffats sedan 2010 och förväntas fortsätta även under 2014.

Överenskommelse mellan staten och SKL om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård ("Kömiljarden") 2013 – 1 000 mkr

Syftet är att genom ekonomiska incitament uppmuntra och stärka tillgängligheten i landstingen. Överenskommelser har träffats sedan 2008 och överenskommelsen 2013 är en del i en flerårig satsning som förväntas sträcka sig mellan 2012–2014.

Överenskommelse mellan staten och SKL om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess ("Sjukskrivningsmiljarden") – 1 000 mkr

Syftet är att åstadkomma en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess samt att öka landstingens drivkrafter att prioritera sjukskrivningsfrågan. Överenskommelser har träffats sedan 2006.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti 2013 ("Rehabiliteringsgarantin") – 1 000 mkr

Målet med Rehabiliteringsgarantin är att genom evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser åstadkomma en ökad återgång i arbete eller att förebygga sjukskrivning bland kvinnor och män i arbetsför ålder. Överenskommelser om rehabiliteringsgaranti har träffats sedan 2009.

Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2013 – överenskommelse mellan staten och SKL ("Riktade insatser psykisk ohälsa") – 687,5 mkr

Syftet är åstadkomma förbättringar för de målgrupper (barn och unga mellan 0–25 år som har, eller riskerar att utveckla, psykisk ohälsa samt personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik) och inom de områden som omfattas av överenskommelsen. Överenskommelsen 2013 är en del av en större, flerårig handlingsplan för psykisk ohälsa (PRIO) som sträcker sig mellan 2012–2016.

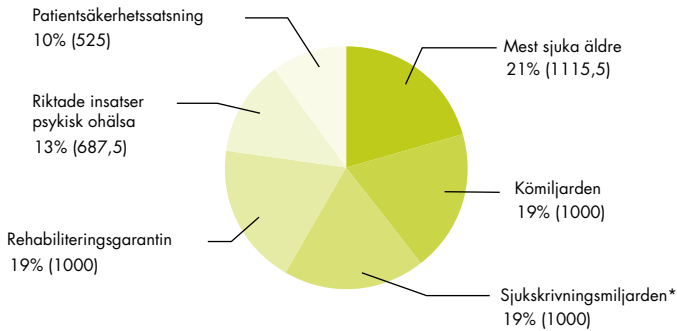
Patientsäkerhetsatsning 2013 – överenskommelse mellan staten och SKL om förbättrad patientsäkerhet ("Patientsäkerhetsatsning") – 525 mkr

Syftet är att genom ekonomiska incitament och med patientens behov i centrum, uppmuntra, stärka och intensifiera patientsäkerhetsarbetet i landstingen. Överenskommelsen 2013 är en del i en flerårig satsning på området mellan 2011–2014.

Källa: Vårdanalys sammanställning (14)

Figur 7. Översikt av överenskommelser med prestationsbaserad ersättning 2013.*

Fördelning avsatta medel
2013; 100%=5 328 mkr



*50 miljoner kronor (utav totalt 1 000 mkr) är år 2013 avsatta för pilotverksamhet av aktivitetsförmågeutredningar.

Källa: Överenskommelser 2013, Vårdanalys sammanställning

2.5 OLIKA MODELLER FÖR ÖVERENSKOMMELSER MED PRESTATIONS-BASERAD ERSÄTTNING

Inom de sex överenskommelserna förekommer tre olika varianter av prestationsbaserade ersättningsmodeller. Gemensamt för dem är att de ersätter landsting eller kommuner i efterhand utifrån någon form av uppfyllnad av krav. Det som skiljer dem åt är dels hur de olika typerna av krav benämns och dels om de innefattar såväl grund- som prestationskrav, eller om utbetalning enbart relaterar till prestationskrav.

2.5.1 Modell 1: Både grund- och prestationskrav

Den första modellen bygger på uppfyllande av både grund- och prestationskrav. Modellen används i fyra överenskommelser:

- Mest sjuka äldre
- Kömiljarden
- Patientsäkerhetsinsatsning
- Riktade insatser psykisk ohälsa

Grundkraven är en förutsättning för att få ta del av satsningens medel. Först om grundkraven uppfylls finns möjlighet till prestationsersättning – om huvudmännen i tillägg till grundkraven även har uppfyllt ett eller flera presta-



tionskrav. Därefter sammanställs hur många kommuner eller landsting som har uppfyllt kraven och avsatta medel fördelas mellan dessa.

2.5.2 Modell 2: Enbart prestationskrav, men rörlig och villkorad del

Den andra modellen för prestationsbaserad ersättning återfinns i Sjukskrivningsmiljarden.

Modellen bygger på kravuppfyllnad som delas in i en rörlig och en villkorad del. Enligt överenskommelsen är den villkorade delen kopplad till konkreta åtgärder som vården ska genomföra. Den rörliga delen är kopplad till förändringar i sjukfrånvaron. Kraven i den rörliga delen har tydliga likheter med prestationskraven i den första modellen. Den villkorade delen uppvisar också likheter med prestationskraven, i meningen att de är av liknande karaktär och har medel direkt kopplade till respektive krav. Utifrån dessa likheter kategoriseras samtliga krav i Sjukskrivningsmiljarden som prestationskrav i de analyser som följer senare i denna rapport. Konstruktionen med fördelning av medel mellan de kommuner och landsting som uppnått kraven är densamma som den dominerande modellen med både grund- och prestationskrav.

2.5.3 Modell 3: Ersättning för aktivitet med ersättningstak per landsting

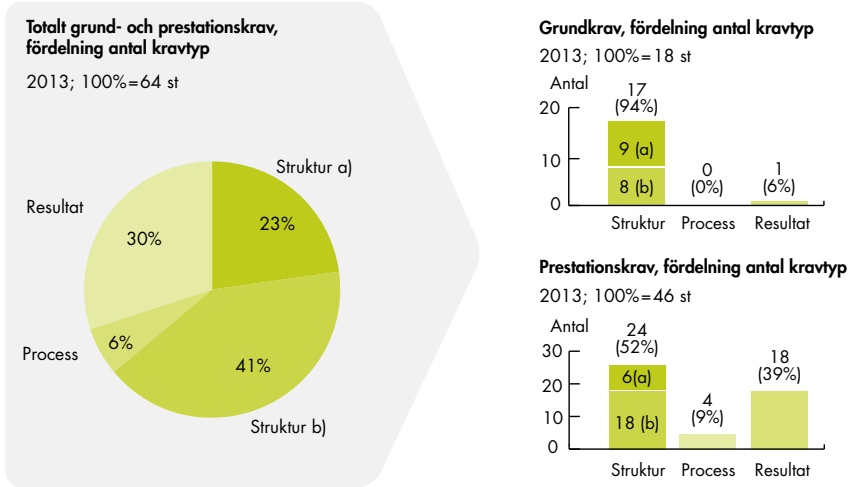
En tredje variant av prestationsbaserad ersättningsmodell återfinns i överenskommelsen om Rehabiliteringsgaranti.

Där anges ett antal aktiviteter som ger ersättning per genomförd aktivitet. Modellen skiljer sig något gentemot de andra genom att ersättningen inte fördelas mellan de som uppnått kraven. Istället finns en maximal ersättning per landsting och utbetalningarna upphör när landstinget nått den nivån. Då storleken på statsbidraget varierar med prestationen är det dock att betrakta som prestationsbaserad ersättning och då medel är kopplade till respektive aktivitet betraktas de enligt tidigare resonemang som prestationskrav i kommande analyser.

2.5.4 Krav som används för prestationsbaserad ersättning

För att skapa en översiktlig bild av vilken typ av förändring överenskommelserna syftar till kan kraven analyseras genom att kategoriseras som struktur-, process- och resultatkrav (se definitioner i kapitel 1).

Figur 8. Översikt av satta medel per kravtyp för uppfyllande av prestationskrav.*



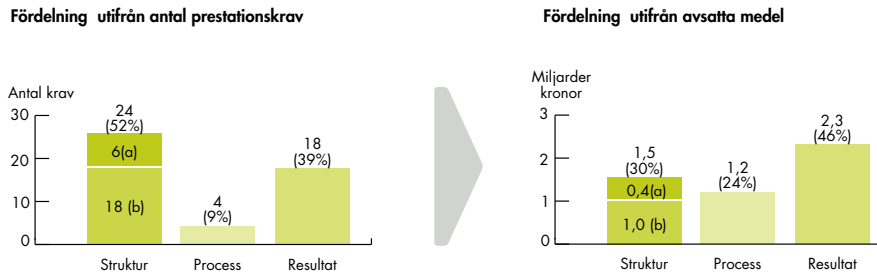
* I det fall ett krav innehållit två olika kravtyper har kravet för tydlighets skull delats upp i två olika krav. Det totala antalet krav i denna sammanställning kan därmed överstiga det faktiska antalet listade krav i överenskommelserna.

Källa: Överenskommelser 2013, Vårdanalys sammanställning

Skillnaden mellan grundkraven och prestationskraven är att inga medel finns direkt kopplade till grundkraven. Grundkraven utgörs främst av så kallade strukturkrav av såväl typ a) krav som syftar till att utveckla förutsättningarna för verksamheten som typ b) krav som syftar till att utveckla arbetsflöden med indirekt påverkan på vårdnära utfall eller resultat (94 procent) (1). Analysen visar att ungefär hälften av prestationskraven är av typen strukturkrav (52 procent), men att de i större utsträckning är resultatkrav (39 procent) än grundkraven. En mindre del av prestationskraven utgörs av processkrav (9 procent). I intervjuer har framkommit att en bakomliggande orsak till denna skillnad är att syftet med grundkraven från statens sida var att stödja landstingen att bygga nödvändiga plattformar inom de aktuella områdena.

Vad är prestationsbaserad ersättning och varför har det utvecklats?

Figur 9. Översikt avsatta medel per kravtyp för uppfyllande av prestationskrav.*



*Omfattar endast medel kopplade till krav i överenskommelserna. I vissa överenskommelser finns avsatta medel för arbete med överenskommelserna, exempelvis SKL:s samordnare, vilka alltså ej inkluderas. Sådana medel i samtliga sex överenskommelser uppgår till totalt 402 miljoner, vilket motsvarar 7,5 % av totalt avsatta medel för överenskommelserna (5 328 miljoner kronor). Samtliga medel i överenskommelserna är kopplade till prestationskrav.

Källa: Överenskommelser 2013, Vårdanalys sammanställning

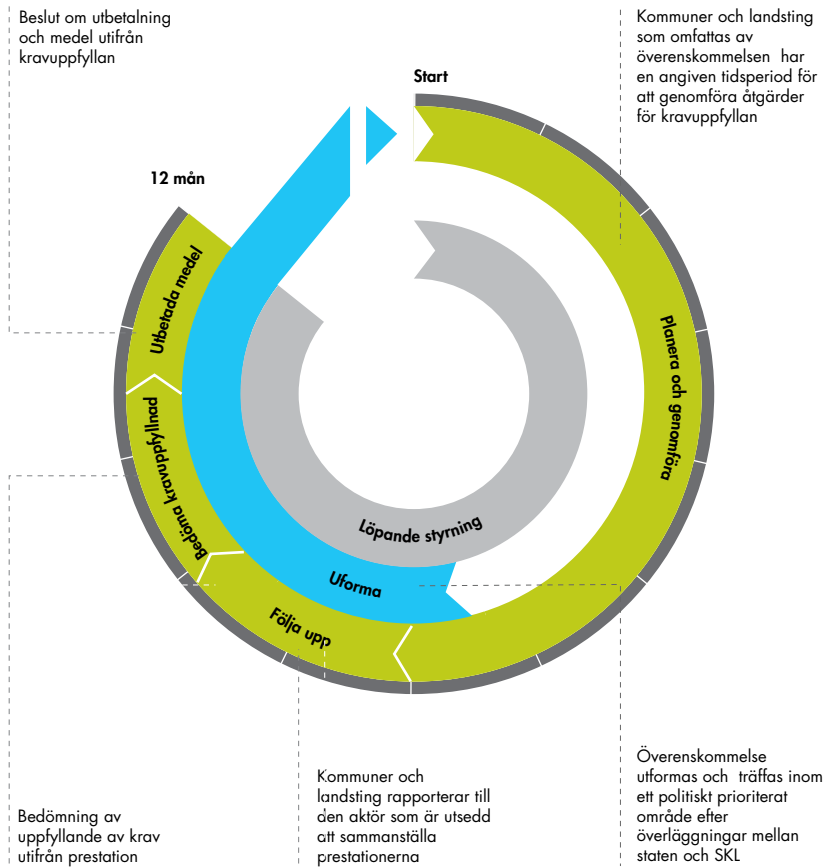
En fördjupad analys av prestationskraven visar att tyngdpunkten i den monetära ersättningen ligger på resultatkraven. Närmare hälften, 46 procent, av de avsatta medlen i överenskommelserna är kopplade till resultatkrav. Det innebär att 2,3 miljarder är fördelade på 18 resultatkrav. Processkraven (4 stycken) är kopplade till motsvarande 1,2 miljarder i avsatta medel. Strukturkraven (24 stycken) är kopplade till motsvarande 1,5 miljarder.

I de fyra överenskommelserna med både grund- och prestationskrav är uppfyllnad av grundkraven dock en förutsättning för prestationskraven, varför det inte går att dra slutsatsen att tyngdpunkten i överenskommelserna ligger på den ena eller andra kravtypen.

2.5.5 Ansvarfördelning vid överenskommelser med prestationsbaserad ersättning

På en schematisk nivå kan överenskommelserna ses följa en cykel över cirka ett och ett halvt år som kan delas in i olika faser. Startpunkten är när överenskommelsen utformas träffas eller omförhandlas (i det fall det är en flerårig överenskommelse). Slutpunkten är vid nästa årsslut när medlen betalas ut.

Vad är prestationsbaserad ersättning och varför har det utvecklats?



Källa: Överenskommelser 2013, Vårdanalys sammanställning

Detaljerna i de olika faserna skiljer sig åt mellan överenskommelserna. Exempelvis sker utbetalningen av medel i Kömiljarden inte under avtalsåret. Då mätperioden är helår sker den istället i början av efterföljande år. Ett annat exempel är att tidpunkterna för att följa upp och bedöma kravuppfyllnad inträffar vid olika datum.

Ansvar för de olika faserna har fördelats mellan olika aktörer. Den största skillnaden återfinns inom bedömningen av kravuppfyllnad, där olika aktörer involveras beroende på vilket område överenskommelsen omfattar. Utbetalningen av medel sker också från olika aktörer beroende på hur överenskommelsen är konstruerad.

Figur 11. Översikt av ansvarsfördelning per överenskommelse

	Utforma	Löpande styrning	Planera och genomföra	Följa upp	Bedöma krav-uppfyllnad	Utbetala medel	Utvärdera resultat/ effekter*	
Patient-säkerhets-satsning	Staten och SKL	1 Projektchef SKL	Landsting	Socialstyrelsen/SMI/SKL **	Socialstyrelsen ***	Kammarkollegiet	Specificeras ej i ök.	
Riktade insatser psykisk ohälsa		2 Nationella samordnare (1 SocDep, 1 SKL)	Kommuner och landsting	Vårdanalys, SKL/Socialdepartementet ****	Socialstyrelsen		SKL:s samordningsfunktion/Vårdanalys	
Mest sjuka äldre		1 Nationell samordnare 1 Projektchef SKL		SKL/Socialstyrelsen *****	Socialstyrelsen		Statkontoret	
Kömiljarden		1 SKL-samordnare	Landsting	SKL	Socialdepartementet		Specificeras ej i ök.	
Sjuk-skrivningsmiljarden		1 SKL-handläggare		Försäkringskassan	Försäkringskassan i samråd med SKL		Försäkringskassan	Specificeras ej i ök.
Rehabiliteringsgarantin		1 SKL-handläggare		Försäkringskassan	Försäkringskassan		Försäkringskassan	Specificeras ej i ök.

* Ansvar för utvärdering av resultat och effekter för helheten i respektive överenskommelse för år 2013. Notera att separata regeringsuppdrag eller myndighetsuppdrag omfattande delar av överenskommelserna eller relaterade till respektive område eller målgrupp förekommer.

** Ansvaret är uppdelat mellan Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet och SKL

*** Socialstyrelsen ansvarar för samlad bedömning, SKL:s och Smittskyddsinstitutets bedömningar är underlag för denna samlade bedömning

**** Vårdanalys ansvarar för samlad bedömning årligen. Socialdepartementet/SKL ansvarar för den löpande uppföljningen.

***** Socialstyrelsen ansvarar för slutlig sammanställning, SKL för löpande uppföljning under året

Källa: Överenskommelser 2013; Intervjuer; Vårdanalys sammanställning

I våra intervjuer har den löpande styrningen lyfts fram som en särskilt betydande skillnad i konstruktionen av de olika överenskommelserna. I fyra av överenskommelserna finns utpekade samordnare på nationell nivå hos Socialdepartementet eller hos SKL. Deras roll är främst att synliggöra och samordna arbetet. Ett exempel är inom Mest sjuka äldre där det finns en nationell samordnare på Socialdepartementet och ett kansli på SKL med en projektchef som stödjer arbetet med överenskommelsen genom att driva ett ledarprogram, ordna mötesplatser, stötta utvecklingsledare, arrangera dagar med möjlighet till kunskaps- och erfarenhetsdelning, med mera.

2.6 ANSVAR FÖR UTVÄRDERING OCH UPPFÖLJNING AV KRAVEN

Utöver ansvarsfördelningen för själva genomförandet av överenskommelserna har i vissa fall ansvar för utvärdering och uppföljning av helheten av satsningens resultat och effekter delats ut. För 2013 års överenskommelser är sådant ansvar utpekade i två av överenskommelserna; Riktade insatser för psykisk ohälsa och Mest sjuka äldre.

Utvärderingen av Riktade insatser för psykisk ohälsa är ett regeringsuppdrag till Myndigheten för vårdanalys. Vårdanalys har regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera hela handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa 2012–2016, där överenskommelsen om Riktade insatser för psykisk ohälsa är en del. Enligt uppdraget ska handlingsplanen PRIO följas upp och utvärderas både på insats- och kravnivå. Utöver detta ska övriga iakttagelser och förhållanden som finns lämpliga för att spegla effekterna av satsningen rapporteras. Lägesrapporter ska lämnas årligen med start 2013 och slutredovisas 15 maj 2017 (11).

Gällande utvärderingen av satsningen på Mest sjuka äldre har Statskontoret regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera överenskommelsen. Uppdraget är att följa upp och utvärdera stödet till ett långsiktigt förbättringsarbete, prestations- och resultatansättningen samt grundläggande krav för att förbättra vården och omsorgen. Delrapportering sker årligen med start 2012 och med slutlig avrapportering 1 september 2015 (9).

För övriga överenskommelser år 2013, Patientsäkerhets-satsning, Kömiljarden, Sjukskrivningsmiljarden och Rehabiliteringsgarantin, har inget ansvar för årlig och mer långsiktig utvärdering och uppföljning av helheten av respektive överenskommelsens resultat och effekter kunnat identifieras. Separata regeringsuppdrag eller myndighetsuppdrag avseende delar av överenskommelsen eller relaterat till respektive område eller målgrupp förekommer.

För Patientsäkerhets-satsningen har Socialstyrelsen ett uppdrag att skriva årliga lägesrapporter som beskriver utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet, där arbetet med patientsäkerhetsöverenskommelsen är en del. SKL har också givit ett uppdrag till Linköpings universitet att utvärdera SKL:s patientsäkerhetsarbete. Ett annat uppdrag som är relaterat till området är att Socialstyrelsen har utlyst ett uppdrag att gå igenom patientsäkerhetsberättelsen.

Ett annat exempel är från Sjukskrivningsmiljarden där 5 miljoner kronor finns avsatt i överenskommelsen för uppföljning och utvärdering av landstingens arbete med sjukskrivningsprocessen. Exakt hur dessa medel avsätts och till vad definieras i separat regeringsbeslut.

Viss utvärdering har också genomförts i tidigare skeden då flertalet överenskommelser sträcker sig över ett antal år eller har funnits i liknande form



tidigare. Ett exempel är uppdraget till Socialstyrelsen att följa upp vilka insatser landstingen gjort för att genomföra den Nationella vårdgarantin och Kömiljarden under åren 2009–2011. Uppdraget omfattade att i årliga rapporter redovisa och analysera resultatet av de åtgärder som landstingen genomfört för att uppfylla överenskommelsen. Uppdraget förnyades 2012 och ingår sedan dess i ett samlat uppdrag till myndigheten att utveckla uppföljningen av vårdens tillgänglighet (19). Ett annat exempel är Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) som fick ett uppdrag från regeringen att analysera hur Sjukskrivningsmiljarden fungerat år 2010 (10). Ett ytterligare exempel är Rehabiliteringsgarantin där Karolinska Institutet år 2009 fick ett regeringsuppdrag att undersöka vilken effekt behandlingar som ges inom ramen för Rehabiliteringsgarantin har på enskilda individers arbetsförmåga och i vilken omfattning de återgår i arbete, samt att undersöka rehabiliteringskedjans tidsgränser i relation till detta. Uppdraget utökades år 2010 till att även innefatta en analys av hur Rehabiliteringsgarantin och dess intentioner har implementerats i landstingen (4).



Tre typer av risker med konstruktionen av prestationsbaserad ersättning

Mycket tyder på att prestationsbaserad ersättning är ett styrmedel som ger kraftiga effekter ute i de ”styrda” verksamheterna i vården och omsorgen. Skeptikerna framhåller dock att effekterna av styrmedlet sällan enbart är de som satsningarna syftar till att uppnå. Vår analys tyder på att det finns tre typer av risker med den nuvarande konstruktionen och tillämpningen av prestationsbaserad ersättning. De tre typerna av risker kan medföra negativa effekter i verksamheterna, som i förlängningen kan drabba mottagarna av vården och omsorgen. De tre typerna av risker är:

- 1 Risk för att målen med satsningarna inte nås på ett effektivt sätt
- 2 Risk för oönskade sideeffekter
- 3 Risk för minskad lokal anpassningsförmåga och ökad ojämlikhet över landet

3.1 RISK ATT MÅLEN MED SATSNINGARNA INTE NÅS PÅ ETT EFFEKTIVT SÄTT

Ur ett medborgarperspektiv är en central fråga om de resurser som avsätts för de statliga satsningarna används effektivt för att nå överenskommelsernas syften och mål. Ur ett patient- och brukarperspektiv är det relevant att ställa frågan om de satsningar som görs leder till förbättringar för den avsedda målgruppen. I vår analys har framkommit att det finns delar av konstruktionen av överenskommelserna med prestationsbaserad ersättning som medför risk för att våra gemensamma resurser används ineffektivt och att syftet med att förbättra situationen för det avsedda området eller målgruppen inte uppnås.



3.1.1 Många icke synkroniserade överenskommelser, bristande framförhållning och tidsbegränsade överenskommelser kan leda till att målen inte nås

Stort antal överenskommelser som inte är synkroniserade

I våra intervjuer med kommuner och landsting har framkommit att dagens sex överenskommelser uppfattas som för många. Detta upplevs kräva omfattande praktiska och administrativa resurser för exempelvis koordinering, planering och rapportering. Det stora antalet krav innebär även svårigheter att avsätta nödvändiga resurser för att göra det grundarbete som krävs för att säkerställa att rätt åtgärder vidtas. En risk är då att de åtgärder som vidtas i syfte att uppfylla kravnivåerna inte är väl genomarbetade och att förbättringen för området eller målgruppen inte blir varaktig.

”Som ansvarig har jag att koordinera en massa olika överenskommelser. Det blir rörigt och de kommer ofta i sista sekunden. Överenskommelserna kommer också i tillägg till lokala satsningar och uppdrag som landstingspolitikerna vill att vi ska genomföra. I vårt interna scorecard har vi ungefär 75 olika indikatorer som är kopplade till de interna uppdrag vi ska göra. Utöver det tillkommer 25 indikatorer från överenskommelserna. Det blir totalt 100 indikatorer att styra och följa upp och det blir nästan ogörbart.”

Tjänsteman, Landsting

Vidare är den samlade bilden från intervjuerna att dagens överenskommelser inte är synkroniserade. Då överenskommelserna växt fram efter hand saknas ett helhetstänk, vilket innebär en risk för såväl överlapp som en risk att överenskommelserna inte driver i samma riktning.

Det ökade antalet överenskommelser uppges också medföra att effekten av varje enskild överenskommelse minskar. Förklaringen är att en del av värdet i överenskommelserna är att det blir en nationell uppmärksamhet kring området som lyfts fram. Det leder till en medvetenhet om att det är en satsning som ska prioriteras. Denna effekt minskar med varje tillkommande överenskommelse. Risken ur ett effektivitetsperspektiv är att satsningarna får mindre effekt men upptar stora administrativa resurser hos berörda parter.

Avsaknad av en enhetlig konstruktion

Utifrån Vårdanalys sammanställning av 2013 års överenskommelser framgår att konstruktionerna av de prestationsbaserade ersättningarna skiljer sig åt, exempelvis avseende ersättningsmodell, terminologi och ansvarsfördelning. Det medför att varje kommun och landsting måste sätta sig in i sex olika konstruktioner, vilket driver merarbete och även en risk för ineffektivitet vid genomförande. Det har också förekommit otydligheter inom enskilda överenskommelser, vilket drivit onödigt merarbete.

Otydlighet inom Riktade insatser psykisk ohälsa:

I den utvärdering som Myndigheten för vårdanalys har gjort av PRIO psykisk ohälsa (11) har framkommit att det förekommit otydligheter i bedömning av kravuppfyllnad, orsakat av att berörda aktörer inte var överens om utvärderingskriterierna. I rapporten beskrivs att Socialstyrelsen, som hade ansvaret för att bedöma kravuppfyllnad, använde bedömningskriterier som inte överensstämde med de kriterier och anvisningar som tidigare under året förmedlats till länen via SKL. Många kommuner och landsting upplevde då att de fått motstridiga besked och otydligheten medförde behov av kompletterande material med mycket kort framförhållning (28).

Bristande framförhållning i val av områden och krav

En utmaning som lyfts fram av kommuner och landsting är att de givits allt för snäva tidsramar för planering och genomförande av åtgärder för att uppnå kraven i överenskommelserna. I de flesta fall ska hela genomförandet ske under mindre än ett avtalsår (14) och även om flera överenskommelser löper över flera år, kommer kraven ofta till kommuner och landstings kännedom med kort framförhållning.

Tiden för genomförande av åtgärder innan uppföljningen av kraven påbörjas uppfattas också i flera fall vara för kort för att kunna åstadkomma långsiktiga resultat, vilket Statskontoret också har lyft i en utvärderingsrapport (26).

Risken ur ett effektivitetsperspektiv är att den bristande framförhållningen leder till att kortsiktiga eller felaktiga lösningar väljs.



”Den korta framförhållningen har i vissa fall inneburit att det har krävts extraordinära åtgärder där vi tvingats till nödlösningar. För att nå kravnivåerna för tillgänglighet har man exempelvis låtit personalen arbeta på obekväma arbetstider. Det har också förekommit att man köpt vård från privata vårdgivare för att ta sig förbi en puckel, det vill säga för att lösa problemet på kort sikt.”

Tjänsteman, Landsting

Kort framförhållning för budgetering och planering

En annan utmaning som lyfts fram av de intervjuade är att utbetalningsmodellen i de flesta fall är konstruerad så att storleken på den utbetalade prestationsersättningen varierar utifrån hur många kommuner och landsting som uppfyllt kraven. Svårigheter uppstår då om det inte står klart förrän sent på året hur mycket eller lite medel som kommer att utbetalas om kommunerna och landstingen vill använda de tilldelade medlen under innevarande år. Det finns risk för ineffektiv resursanvändning om medlen på grund av den korta framförhållningen används kortsiktigt och ogenomtänkt.

”Vi visste inte förrän i september/oktober att vi skulle få dubbelt så mycket pengar än vad vi hade budgeterat för. Då var det väldigt kort om tid att hitta något vettigt att göra för pengarna innan budgetårets slut.”

Tjänsteman, Landsting

Tidsbegränsningen innebär minskat incitament för integration i ordinarie verksamhet

En annan utmaning i konstruktionen är att samtliga överenskommelser är tidsbegränsade. Tidsbegränsningen kan medföra lägre incitament att integrera arbetssättet i den löpande verksamheten, än vid styrning med ej tidsbegränsade styrmedel, såsom exempelvis regleringar. Flera intervjuade har beskrivit att det vid tidigare tillfälliga satsningar har funnits en tendens att insatserna sköts vid sidan av den ordinarie verksamheten. I de fallen har exempelvis separata organisations- och rapporteringsstrukturer skapats för genomförandet. Sådana strukturer upphör enligt kommuner och landsting ofta att existera när det statliga stödet inte längre ges. De intervjuade uppger att

det insatserna måste ses som värdeskapande av kommuner och landsting för att arbetet ska fortgå när statliga medel inte längre är kopplade till dem.

"Det är lätt att sätta igång men när det avslutas är det inte alls säkert att landstingen kommer att ta över och fortsätta betala. I vissa fall har vi sagt nej till att fortsätta på grund av andra prioriteringar."

Tjänsteman, Landsting

I syfte att motverka denna risk har SKL och Socialdepartementet inte enbart fokuserat på resultatkrav, utan även på att bygga upp plattformar för långsiktigt arbete. Plattformen återfinns i form av framför allt strukturkrav i de överenskommelser där infrastrukturen bedömdes vara i behov av utveckling. Totalt motsvarar antalet strukturkrav 64 procent av samtliga krav i de sex överenskommelserna. I intervjuerna framhålls dock att det finns en risk att strukturer inte fortsätter att existera eller användas när statliga medel inte är längre kopplade till dem.

"Om vi inte helt kommit till ett förändrat arbetssätt är risken att vi slutar när vi inte får stimulans att jobba med det. Då är risken att man inte får den effekten man vill åt. Det gäller att få in arbetssättet i den vanliga verksamheten och in i de vanliga styrmedlen."

Tjänsteman, Kommun

3.1.2 Krav som inte leder till förbättrad situation, för låga kravnivåer eller resurser som inte är "öronmärkta" innebär risk för dålig måluppfyllnad

Val av krav som inte leder till förbättrad situation för området eller målgruppen

En risk för att medel ej används optimalt är om de krav som definieras i överenskommelserna inte leder till en förbättrad situation för det avsedda området eller målgruppen. Risken uppges av de intervjuade vara särskilt stor vid användningen av krav som syftar till att förbättra strukturer. I 2013 års överenskommelser finns 41 strukturkrav, motsvarande 64 procent av det totala



antalet krav i samtliga sex överenskommelser.

Statskontoret pekar i en utvärderingsrapport (26) på att det också finns en risk att krav som avser processer, sätter fokus på en administrativ åtgärd som inte följer upp resultat eller leder till ett förändrat arbetssätt.

En annan risk för ineffektiv användning av statliga medel uppstår om kraven i överenskommelserna uppfylls men i grunden är fel valda i den meningen att de inte leder till förbättring för området eller målgruppen enligt satsningens mål.

Ersättning utan bevisad effekt för det uppsatta målet:

Syftet med Rehabiliteringsgarantin för år 2009 och 2010 var att öka tillgängligheten till evidensbaserade behandlingsmetoder, vilket skulle ge snabbare och effektivare rehabiliteringsinsatser och därigenom leda till färre och kortare sjukskrivningar. Insatserna inom garantin var multimodal rehabilitering (MMR) för personer med icke-specifika nack- och ryggbesvär och psykologisk behandling (PB) (kognitiv psykoterapi, kognitiv beteendeterapi eller interpersonell psykoterapi) för personer med lätt till medelsvår psykisk ohälsa.

Enligt utvärderingsrapporten har de psykologiska behandlingsmetoderna visat sig vara effektiva för att minska symptom men att det saknas evidens för effekt på sjukfrånvaro och arbetsåtergång. Effektvärderingen visade vidare att rehabiliteringsinsatserna inom garantin inte gett signifikanta resultat i form av minskad total sjukfrånvaro under de första 12 månaderna efter insats. Referensgruppen utan behandling hade under hela uppföljningen en statistiskt signifikant lägre sjukfrånvaro än gruppen som fick ta del av insatserna.(5)

För lågt satta kravnivåer

Om kravnivåerna i överenskommelserna sätts för lågt kommer ersättning ges till kommuner och landsting utan att de behöver göra någon större insats. En tänkbar orsak är att fastställande av kravnivåer är en del i en förhandlingsprocess där det kan finnas incitament för SKL som representerar landsting och kommuner att hålla kravnivåerna så låga som möjligt.

Risken om medel betalas ut på basis av för lågt ställda krav är att satsningens mål inte uppnås eller att förbättringen inte blir så stor som den kunde ha blivit om högre krav hade ställts. Ett exempel som lyfts fram är krav där kravnivåerna understiger lagstadgade nivåer.

"Prestationsbaserad ersättning ska vara utöver lagkrav. Egentligen belönar man idag i vissa fall för att nästan uppfylla lagen, fastän de egentligen borde få vite för att de inte följer lagen."

Tjänsteman, Myndighet

Resurserna är inte "öronmärkta"

Prestationsersättningen är enligt Socialdepartementet medvetet konstruerad så att det inte finns några restriktioner på vad den utbetalade ersättningen ska användas till, det vill säga att medlen inte är "öronmärkta" till arbete med området eller målgruppen. Efter utbetalning av medlen har kommuner och landsting istället möjlighet att själva bestämma hur de vill använda de utbetalda medlen. Det innebär att det saknas en direkt koppling mellan avsatta medel och åtgärder för att förbättra situationen för området eller målgruppen.

"Vi hade under flera år arbetat systematiskt och lagt stora belopp på att bygga upp en god patientsäkerhet. När patientsäkerhetsöverenskomsten trädde i kraft kunde vi därför utan problem uppnå de definierade kraven och fick därmed i slutet av året prestationsersättningen. Av dessa medel gick dock bara en liten del in i patientsäkerhetsarbete, istället användes de för olika projekt och annat."

Tjänsteman, Landsting

Risken med denna konstruktion är främst att det inte är säkert att de avsatta resurserna kommer området eller målgruppen till del. Det kan också ifrågasättas om de monetära beloppen är av rätt storlek eller om de i vissa fall skulle kunna vara lägre. Om det hade varit tillräckligt med ett lägre belopp för att uppnå samma resultat, kan det ses som en form av ineffektiv resursanvändning.



3.1.3 Valfrihet att delta, för högt ställda krav och ersättning bara till de som presterar – kan innebära risk för dålig måluppfyllnad.

Valfrihet att delta

De nationella överenskommelserna med prestationsbaserad ersättning är inte tvingande. Även om det i samtliga intervjuer poängterats att styrmedlet är starkt har kommuner och landsting ändå möjligheten att själva välja om de vill arbeta för att uppfylla kraven i överenskommelserna eller inte. Landsting och kommuner har även till stor del möjlighet att välja vilka enskilda krav de vill arbeta för att uppfylla. Risken med att överenskommelserna inte är tvingande är att vissa kommuner och landsting helt eller delvis ignorerar överenskommelserna, vilket innebär att målsättningen med överenskommelserna inte uppnås. Detta är en risk med alla former av mjuk styrning.

”För varje överenskommelse har vi gått in i varje del och beaktat om det är strategiskt relevant att göra det som kravställs samt i vilket tempo som är lämpligt. Analysen görs först på regional nivå och sedan på förvaltningen. Exempelvis har kraven på att förbättra indikatorn Undvikbar slutenvård och indikatorn Minska återinläggningarna inom 30 dagar prioriterats ned de första 1-2 åren och vi har prioriterat de enklare sakerna.”

Tjänsteman, Kommun

För högt ställda kravnivåer

Risken att de avsedda resultaten för målgruppen för överenskommelsen inte uppnås uppstår även om kraven är för höga. Ett exempel på ett krav som uppfattas vara högt i relation till vad kommuner och landsting hade möjlighet att nå under ett halvår var kravet för minskad antibiotikaförskrivning i 2011 års patientsäkerhetsattsning.

För höga krav:

”100 miljoner kronor till de landsting som under 2012 verkar för ökad följsamhet till lokala behandlingsrekommendationer avseende vanliga infektioner i öppenvården samt minskar antibiotikaförskrivningen under perioden 1 oktober 2011–30 september 2012 inom öppen vården med 10 procent av mellanskillnaden mellan antal förskrivna recept per 1000 invånare för perioden 1 oktober 2011–30 september 2012 och det långsiktiga målet om högst 250 recept per 1000 invånare och år. Enbart tre landsting uppnådde detta krav, med konsekvensen att samtliga medel kopplade till målet betalades ut till dessa tre.” (16)

Om kravnivåerna ställs för högt finns en risk att kommuner och landsting inter ser det som lönt att aktivera sig - då de bedömer det som svårt eller omöjligt att nå kraven. Det kan också leda till att medel inte utbetalas till dem som kanske har störst behov av att investera i området. Båda situationerna innebär risk för att överenskommelsen inte kommer det avsedda området eller målgruppen till del.

Ersättning bara till de som presterar bäst utifrån fasta kravnivåer

Konstruktionen med prestationsbaserad ersättning innebär att medel enbart fördelas till de kommuner och landsting som presterar bäst. Det finns två tydliga risker med modellen. En risk är att de kommuner och landsting som redan utan stimulansmedlen uppfyller kraven inte använder medlen till att förbättra situationen för det avsedda området eller målgruppen. En annan risk är att inget stöd ges till dem som är långt ifrån att uppnå kravnivåerna och som därmed har det största förbättringsbehovet.

En annan utmaning i konstruktionen av ersättningsmodellen är att ersättning för 87 procent av kraven i de sex överenskommelserna sker utifrån fasta kravnivåer. Endast 8 krav av totalt 64 (13 procent) i de sex överenskommelserna har relativa nivåer, det vill säga ställer krav på förbättring i relation till ett tidigare resultat eller värde. Övriga krav (87 procent) har fasta nivåer, det vill säga ställer krav på prestation utan hänsyn till tidigare resultat eller värde. Denna konstruktion kan dels innebära att incitamenten minskar för de som befinner sig långt ifrån nivåerna. Det kan också innebära att incitamenten att förbättra sig är små för de som redan uppnår kravnivåerna. Båda situationerna kan leda till att överenskommelsen inte innebär en så stor förbättring som den skulle kunna ha gjort.



3.2 RISK FÖR OÖNSKADE SIDOEFFEKTER

Ur ett patient- och brukarperspektiv är en av de största riskerna vid styrning med prestationsbaserad ersättning risken för oönskade sidoeffekter. Med oönskade sidoeffekter avses exempelvis om styrning som syftar till förbättrad vård istället leder till felaktiga prioriteringar eller felaktiga beslut i vården.

3.2.1 Bristande analys av områden eller krav riskerar att leda till att kraven uppnås men att resultaten blir negativt för patienten

Den samlade bilden från samtliga intervjuer är att prestationsbaserad ersättning är ett starkt styrmedel, risken för negativa sidoeffekter kan därför bli hög och bör beaktas.

”Prestationsbaserad ersättning är som en kraftfull medicin, den ger stark effekt men också risk för många biverkningar.”

Tjänsteman, SKL

En utmaning med prestationsbaserad ersättning är att det krävs ett mycket noggrant förarbete inför val av område, krav och indikatorer. En bristande analys riskerar att leda till att prestationerna medför negativa effekter, antingen för målgruppen eller för andra patientgrupper.

I en av tillgänglighetsöverenskommelserna var ett krav att vissa patienter skulle ha ett fysiskt återbesök inom sex månader. Ett exempel från ett landsting illustrerar hur kravet kan medföra risk för styrning från ett fungerande arbetsätt till ett arbetssätt som av landstinget inte upplevs ge en bättre vård. ”Varför ska vi ha återbesök? Det är ju en totalt godtycklig fråga om man ska ha återbesök inom en månad eller om tre månader eller om ett år. Ett exempel är att man säger att vi har en undanträngnings-effekt på 40 procent, att det är patienter som inte får tid till återbesök och att de då är undanträngda. Men dessa patienter har telefonuppföljning och provtagning varje månad, de har jättebra kontakter med vården. De har dock inte varit på det planerade återbesöket inom sex månader och då redovisas det som ett misslyckande.”

Tjänsteman, Landsting

Risken för att styrning med prestationsersättning leder till en helt eller delvis försämrad situation kan också uppstå om kraven enbart är fokuserat på en del i ett sammanhängande flöde som då blir oproportionerligt styrande. Risken belyses i en av Statskontorets utvärderingsrapporter där man pekar på att det finns en risk att de indikatorer som följs upp och jämförs blir starkt styrande för verksamheten och att andra förebyggande insatser prioriteras ned (23).

Risk för undanträngning av nybesök före återbesök:

Ett krav som skulle uppfyllas för att få del av prestationsersättningen i Kömiljarden 2012 var att 70 procent av patienterna ska ha besökt mottagningar och fått behandling inom 60 dagar. En granskning av bland annat Kömiljarden, genomförd av Landstingsrevisorerna inom SLL, pekade på att nybesök prioriterats före återbesök. Effekten var särskilt tydlig inom vissa utvalda kronikergrupper såsom exempelvis astma, diabetes, MS och KOL. Granskningen uppgavs även kunna utgöra en indikation på viss undanträngning av återbesökspatienter. Slutsatsen var vidare att ersättningssystemen ger starka incitament för nybesök och behandling utan att ta hänsyn till i vilken omfattning behoven skiljer sig åt (27).

En annan risk för att krav uppnås med negativa sidoeffekter är om en översättning av kraven från den aggregerade nivån i överenskommelsen till verksamhetsnivå görs på ett sätt som leder till negativa effekter.

”Det skulle inte vara lämpligt att sätta kraven i Kömiljarden direkt på verksamhetsnivå. Verksamheterna i vårt landsting har istället målrelaterade ersättningar för tillgänglighet som bygger på individuella mål för respektive verksamhet. Målen för tillgänglighet skiljer sig ju åt mellan exempelvis Thorax och Infektion. Det kan och bör vara skillnader på verksamhetsnivå. På totalen når vi ändå upp till kraven i överenskommelsen.”

Tjänsteman, Landsting

Negativa sidoeffekter kan också uppstå om kraven i överenskommelserna skickas vidare direkt ut i vård- och omsorgsverksamheterna. Experter på styrning i vården, framhåller att finansiell styrning på individnivå innebär en risk för att personalen börjar göra medvetna eller omedvetna prioriteringar utifrån de nationella överenskommelserna. Det finns därmed en risk att de kliniska besluten inte fattas utifrån patientens behov.



”Det är en mycket viktig princip för oss att inte återföra medel till verksamheter då det i många fall skulle innebära ersättning för grundläggande vårdnära arbetsuppgifter. Exempelvis patientsäkerhet, det skulle vara både konstigt och riskfyllt att återföra ersättning inom ett område av så vårdnära karaktär.”

Tjänsteman, Landsting

Styrning mot resultat med avsaknad av vägledning över hur resultaten kan uppnås har också lyfts fram som en utmaning. I en av Statskontorets utvärderingsrapporter (25) riktas kritik mot satsningarna för att det saknas vägledning för hur man ska uppnå de resultat som kravställs, bristen på vägledning riskerar att leda till att kortsiktiga och ”felaktiga” lösningar skapas

”Patientsäkerhetsatsningen hade en fördel jämfört med vissa andra överenskommelser då det redan hade gjorts nationell satsning där man tagit fram riskområden. Kraven utgick därmed från ett arbete som hade identifierat ett antal väl grundade områden att arbeta med för att åstadkomma förbättring på patientsäkerhetsområdet.”

Tjänsteman, SKL

3.2.2 Fel val av eller hantering av krav riskerar både att målet med överenskommelsen inte uppnås och att negativa sidoeffekter uppstår

Om kraven i överenskommelserna inte väljs med tillräckligt stor nogsamhet kan det leda till att målet med överenskommelsen inte uppnås och att det uppstår negativa sidoeffekter.

"Målet med överenskommelsen är att de mest sjuka äldre ska få en bättre och mer sammanhållen vård. Ett av kraven som sattes upp är att förbättra indikatorn Återinläggningar inom 30 dagar. Vid Socialstyrelsens bedömning av indikatorn Återinläggningar inom 30 dagar år 2012 gjordes ingen avgränsning av oplanerade eller planerade vårdtillfällen (18). För att åstadkomma de resultat som krävs kan man försöka skjuta planerade återinläggningar framåt i tiden. Ett teoretiskt exempel är en operation som planeras tre veckor efter en inläggning. Den räknas som en återinläggning, så för att förbättra statistiken skulle man istället kunna boka in den sex veckor efteråt. Det skulle förbättra indikatorn Återinläggningar inom 30 dagar, men medföra negativa effekter i form av onödigt lång väntan på operationen."

Tjänsteman, Landsting

En annan utmaning som lyfts fram är om kraven inte ses som legitima av de som ska rapportera in data.

"Kvalitet inom vård och omsorg är inte mätbart idag fullt ut och därmed används ofullständiga kvalitetsproxys som riskerar att underminera systemet och driva felaktiga beteenden. Om man styr med prestationsbaserad ersättning och de som utsätts för det inte tycker att kraven är legitima samtidigt som de tycker att den verksamhet de bedriver är legitim, kommer de anse att det rättfärdigar viss manipulation av rapporteringen. Man tillpassar då systemet för att få resurser, särskilt om verksamheten är i behov av pengar."

Forskare, Universitet

Det får konsekvenser på datakvaliteten i system och register, vilket kan få allvarliga konsekvenser om data ligger till grund för exempelvis forskning och kvalitetsutvecklingsarbete. Statskontoret pekar specifikt på denna risk i en utvärderingsrapport och lyfter fram att inlämning av felaktiga uppgifter, för att få ta del av prestationsbaserad ersättning, skulle ha negativ inverkan på kvaliteten i sådana databaser och system som kan komma att användas i forsknings- och utvecklingssammanhang.(23)



3.3 RISK FÖR MINSKAD LOKAL ANPASSNING OCH ÖKAD OJÄMLIKHET

Överenskommelserna med prestationsbaserad ersättning är en form av statlig styrning som syftar till att uppnå nationell jämlikhet. Ansvar för vården är dock enligt hälso- och sjukvårdslagen delegerat från staten till kommuner och landsting, vilket legitimerar skillnader i lokala arbetssätt och prioriteringar. I vår analys har framkommit att det finns risk för att styrningen minskar anpassningsmöjligheten till lokala behov. Det finns också en risk att modellens konstruktion i värsta fall driver mot en mer ojämlig vård och omsorg över landet.

3.3.1 Statlig detaljstyrning inom utvalda områden kan innebära minskad möjlighet till anpassning efter lokala behov

Först bör betonas att överenskommelser med prestationsbaserad ersättning inte är ett tvingande styrmedel. Den samlade bilden är dock att det statliga engagemanget och den monetära ersättningen tillsammans med att kommuner och landsting jämförs mot varandra, gör det till ett mycket starkt styrmedel. Framför allt jämförelsen mellan kommuner och landsting gör det svårt för huvudmännen att inte delta i överenskommelserna.

En utmaning är att överenskommelserna sluts på nationell nivå mellan staten och SKL, med relativt liten möjlighet för enskilda kommuner och landsting att påverka innehållet i överenskommelserna. Det finns därmed en risk att det finns prioriterade lokala förbättringsinitiativ som bortprioriteras för att möjliggöra genomförandet av överenskommelserna.

En annan utmaning är att kraven i överenskommelserna är på detaljerad nivå, sett utifrån den ansvarsfördelning som gäller för hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige. Styrningen på strukturer och processer i överenskommelserna är styrning på en nivå som egentligen är kommunernas och landstingens ansvar. Detaljerad nationell styrning riskerar också att minska möjligheten att anpassa vårdens utformning efter lokala behov.

”Så länge vi har principen med fristående landsting borde principen ur ett styrningsperspektiv egentligen vara generellt statsbidrag och lokala prioriteringar.”

Forskare, Universitet

Utmaningen har även lyfts fram i en av Statskontorets utvärderingsrapporter. Där menas att detaljstyrning med kortsiktiga statliga styrmedel riskerar att uppfattas som motstridigt mot det kommunala självstyret. I rapporten framhålls att statens styrning bör vara anpassad till det kommunala självstyret genom att staten styr med övergripande regleringar och enbart kompletterar med annan styrning om den är långsiktig, förutsägbar och generell (21).

Det bör dock nämnas att det finns flera motiv för att sträva mot nationell jämlikhet. Enligt hälso- och sjukvårdslagen är målet för vården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (7). Med utgångspunkt i detta mål bör vården sträva mot jämlikhet på nationell nivå. Flertalet intervjuade menar att den nuvarande modellen med delegerat ansvar för vården leder till att vården och omsorgen skiljer sig åt i olika delar av landet.

3.3.2 Ersättning bara till de som presterar bäst riskerar att driva mot en ojämlig vård och omsorg över landet

En ytterligare utmaning med konstruktionen är att den övervägande delen, 87 procent, av kraven i överenskommelserna är definierade utifrån en fast nivå, det vill säga att samma prestationsnivå gäller för samtliga som deltar i överenskommelsen. Då medel enbart utbetalas till de som uppfyller kraven riskerar konstruktionen i förlängningen att leda till ökad ojämlikhet genom att styrmedlet systematiskt premierar de som presterar bäst, över de som inte förmår att uppnå kraven. Risken är att patienter och brukare i de län som har störst utmaningar inom det utvalda området (och därmed inte når upp till kraven) inte får bättre vård och omsorg. Samtidigt får medborgare i de län som når upp till kraven bättre vård och omsorg inom satsningens område, och länen kan använda det extra resurstillskottet för att förbättra sig även på andra områden. Skillnaderna mellan de län som presterar dåligt och de som presterar bra borde då bli allt större med tiden.





Rekommendationer för att vidareutveckla prestationsbaserad ersättning som statligt styrmedel

Som tidigare kapitel visat tyder vår analys på att det finns tre typer av risker med den nuvarande konstruktionen av prestationsbaserad ersättning. För att motverka riskerna och få styrmedlet att i större utsträckning styra mot de mål som pekas ut i respektive överenskommelse presenterar vi här några rekommendationer till regeringen:

1. Regeringen bör överväga att utarbeta en samlad och kommunicerbar visualisering av de överenskommelserna med prestationsbaserad ersättning
2. Regeringen bör överväga att harmonisera processen för utformning, genomförande och avslut av överenskommelser med prestationsbaserad ersättning
3. Regeringen bör överväga att besluta om grundläggande principer för utformning av krav, kravnivåer och uppföljning.

Vi konstaterar avslutningsvis att det behövs ytterligare studier och analyser för att öka kunskapen om effektivitet och effekter av prestationsbaserad ersättning som ett statligt styrmedel.

4.1 EN SAMLAD OCH KOMMUNICERBAR VISUALISERING AV ÖVERENSKOMMELSERNA MED PRESTATIONSBASERAD ERSÄTTNING

Flera aktörer återkommer till att det är många överenskommelser och ett stort antal grundkrav och prestationskrav som ska följas inom olika typer av områden. Att situationen upplevs som splittrad för dem som inte till vardags arbetar



med frågorna är inte konstigt. Det är därför önskvärt att öka transparensen och tydligheten för landstingsledning, politiker, media och medborgare. Ett sätt är att se över hur de olika överenskommelserna kan visualiseras på ett tydligare och mer samlat sätt. Värdet av en sådan redovisning skulle öka ytterligare om den gjordes i relation till andra viktiga resultat som landstingen skapar. Detta skulle ge förutsättningar till en bättre överblick av utvecklingen liksom möjliggöra en mer strategisk kommunikation kring de nationellt och lokalt prioriterade satsningarna. Ett sätt att göra detta är att undersöka möjligheterna att införliva denna typ av indikatorer i ett samlat uppföljningssystem. Effekterna av ett sådant system skulle ytterligare stärkas om rekommendationen att harmonisera processerna för uppföljning av prestationsbaserade ersättningen genomförs.

4.2 HARMONISERA PROCESSEN FÖR UTFORMNING, GENOMFÖRANDE OCH AVSLUT AV ÖVERENSKOMMELSER MED PRESTATIONSBASERAD ERSÄTTNING

Oavsett vad som ska hanteras inom en överenskommelse är det viktigt för landstingen att ha planeringsförutsättningar att hantera de insatser som överenskommelsen leder till, samt de medel som kan bli utfallet av ett väl genomfört arbete. Regeringen bör därför sträva efter att harmonisera arbetet med uppstart, drift, kontinuerlig utveckling och avslutandet av ingångna överenskommelser med prestationsbaserad ersättning. Detta skulle bidra till en ökad transparens och förutsägbarhet, och därmed förbättra de långsiktiga förutsättningarna för huvudmännen att genomföra ett strategiskt arbete som redan från start syftar till att bygga in lösningar i ordinarie drift.

Harmoniseringen av processen bör bidra till ökad transparens och involvering av huvudmännen i val av område för en satsning. Den borde även kunna bidra till ökad transparens för hur kraven väljs ut på ett område. Den kontinuerliga dialogen mellan stat och landsting bör systematiseras och stärkas för att tidigare fånga upp signaler om de önskade resultaten inte uppnås. Man bör också tydliggöra hur överenskommelser ska avslutas så att landstingen kan hantera ett eventuellt resursbortfall på ett visst område. Det är också viktigt att ta fram realistiska tidsplaner för att genomföra och följa upp kraven i satsningarna, samt att synkronisera upplägg och utbetalning av de prestationsbaserade ersättningarna med landstingens och kommunernas planerings- och budgetprocesser.

Under harmoniseringen av processen bör regeringen särskilt ta hänsyn till att tydliggöra ansvarsförhållanden. Det bör skapas en ökad tydlighet i satsningarna för vem som svarar för respektive uppföljning och bedömning av kravuppfyllnad.

Vid val av område bör det också läggas större vikt vid bakgrundsanalysen. Den bör innefatta en nulägesbeskrivning, en analys av områdets lämplighet för styrning med prestationsbaserad ersättning, vilka huvudutmaningar som finns inom området, en tydlig målbild, och en analys av genomförbarheten.

Slutligen bör det skapas en process för avslut av satsningen och för hur uppbyggda verksamheter kan uppgå i den ordinarie verksamheten. Det är särskilt viktigt för att säkerställa de långsiktiga effekterna av överenskommelsen.

4.3 BESLUTA OM GRUNDLÄGGANDE PRINCIPER FÖR VAL AV KRAV, KRAVNIVÅER OCH UPPFÖLJNING

Utformningen av kraven för att få ta del av satsningens medel är ett kritiskt moment för styrning med prestationsbaserad ersättning. Orsaken är att dessa delar har stor inverkan både på vilken faktisk förbättring som kan uppnås och vilka de eventuella negativa sidoeffekterna kan bli. Samtidigt har det i vår genomgång framkommit att det finns mycket stora olikheter mellan olika överenskommelser. Det är därför viktigt att formulera grundläggande principer och utgångspunkter för vad som bidrar till att överenskommelser med prestationsbaserad ersättning fungerar effektivt.

Vårddanalys konstaterar att detta är ett av de områden där det krävs mer kunskap – och följande exempel på generella principer från tidigare genomgångar (6, 15) för val av krav, kravnivåer och uppföljning ska ses som ett första inspel till det fortsatta utvecklingsarbetet.

Exempel på principer vid framtagandet av krav:

- Kraven bör i största möjliga utsträckning vara accepterade, tillförlitliga och precisa genom att effekter från slumpen eller extern påverkan har minimal betydelse.
- Kraven bör vara förankrade hos, och kvalitetssäkrade av, medicinskt sakkunniga för att erhålla legitimitet i verksamheterna.
- Kraven bör belysa patientutfall eller patientnära resultat (resultatkrav), men kan undantagsvis utgöras av process- och strukturkrav om det finns starkt samband med resultat.
- Krav som berör vård- och omsorgsprocesser bör omfatta helheten i processen, inte enskilda delar.



Exempel på principer för kravnivåer:

- Kravnivåerna bör utgå från belagda referenspunkter som exempelvis dagens nivå, historisk utveckling, nivåerna i de bästa landstingen eller nivåerna i internationellt ledande hälso- och sjukvårdssystem.

Exempel på principer vid utformning av uppföljning och redovisning:

- Uppgiftslämnarbördan måste stå i proportion till värdet av mätningarna.
- Fördröjningen mellan insatser, mätning och återföring av resultat ska vara så liten som möjligt.

4.4 DET BEHÖVS YTTERLIGARE STUDIER FÖR ATT ÖKA KUNSKAPEN OM EFFEKTERNA AV PRESTATIONSBASERAD ERSÄTTNING

Staten har olika verktyg för att påverka den nationella utvecklingen – överenskommelser med prestationsbaserad ersättning är ett. För att öka effektiviteten i den statliga styrningen behövs mer kunskap om till exempel de mekanismer som leder till önskade resultat i praktiken, vilka effekter och sidoeffekter enskilda styrformer har, liksom hur den sammantagna statliga styrningen av sektorn fungerar. Det senare kan till exempel innebära analyser av hela kedjan från regeringsbeslut, lagstiftning, myndigheters och landstings agerande till resultat ur ett patientperspektiv.



Tänkbara vägar framåt – för att bättre nå önskade effekter

Utifrån de risker och rekommendationer som vi har utvecklat i tidigare kapitel vill vi här göra ett par reflektioner över hur prestationsbaserad ersättning skulle kunna utvecklas på lite längre sikt. Vi föreslår en tankemodell där det övergripande syftet med att använda styrmedlet också bör påverka hur det utformas – på så sätt bör man nå maximal effekt. De tre övergripande syftena med styrmedlet som vi ser framför oss är:

1. En generell förbättring av nationellt prioriterade områden
2. En mer jämlik vård och omsorg över landet
3. Ökad innovation och spjutspetsverksamhet

5.1 SYFTET MED SATSNINGEN BÖR PÅVERKA HUR STYRNINGEN UTFORMAS

Idag saknas en gemensam bild av vad det övergripande syftet med statens styrning genom prestationsbaserad ersättning är. Flera aktörer lyfter fram att överenskommelserna i första hand ska bidra till en mer jämlik vård för prioriterade områden eller målgrupper över landet. Vårdanalys bedömning är dock att dagens tillämpning av styrmedlet på sikt kan bidra till ökad ojämlikhet mellan landsting och kommuner. Skälet är att modellen systematiskt premierar de som når kraven och åsidosätter de huvudmän som möter de största utmaningarna – vilket innebär att de då riskerar hamna ännu längre efter. Den nuvarande tillämpningen bedöms istället framförallt stimulera till en generell förbättring hos ett urval av kommuner och landsting inom vissa utvalda problemområden.



Mot denna bakgrund har vi identifierat ett antal principiella tänkbara vägar för hur arbetet med prestationsbaserade ersättning kan utvecklas på sikt. Det finns naturligtvis en outtömlig variationsrikedom i hur modellerna kan utformas och följande ska betraktas som reflektioner kring det fortsatta utvecklingsarbetet.

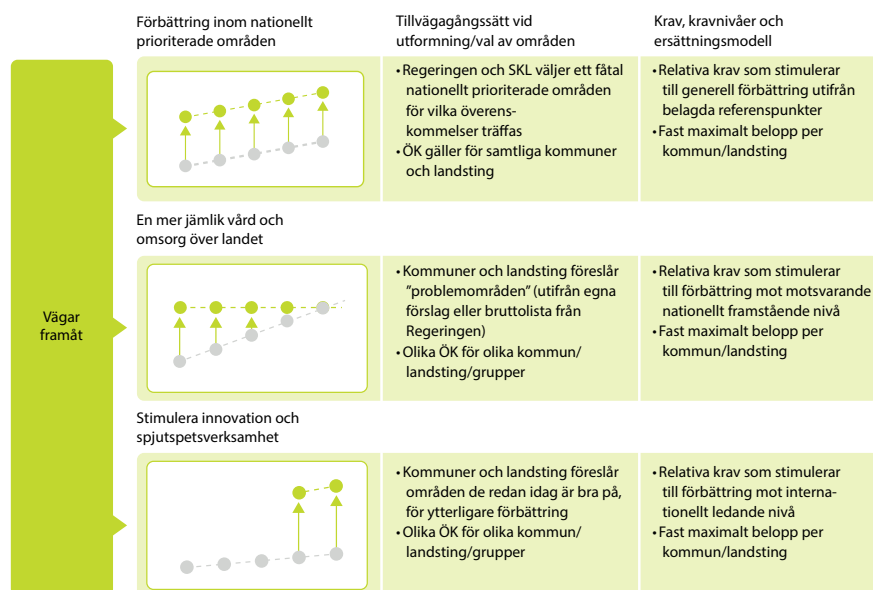
5.1.1 Tre övergripande syften med styrningen

Förslagen tar utgångspunkt i att (1) valet av områden för prestationsbaserad ersättning och (2) utformningen av krav, kravnivåer och ersättningsmodell bör följa utifrån en formulering om vad det övergripande syftet med den prestationsbaserade ersättningen ska vara. Är syftet att åstadkomma:

1. Generell förbättring av nationellt prioriterade områden
2. En mer jämlik vård och omsorg över landet
3. Stimulera innovation och spjutspetsverksamhet

Utifrån respektive övergripande syfte presenteras principiella handlingsalternativ avseende val av områden, deltagande aktörer samt hur krav, kravnivåer och ersättningsmodeller kan utformas för att det övergripande syftet skall uppnås.

Figur 12. Illustration huvudsakliga principer: Tänkbara vägar framåt.



Källa: Vårdanalys

5.2 FÖR ATT FÖRBÄTTRA NATIONELLT PRIORITERADE OMRÅDEN

Det finns tydliga motiv för staten att använda styrning med överenskommelser med prestationsbaserad ersättning för att uppnå förbättring inom nationella problemområden. Det tydligaste motivet är om det finns områden inom vilka majoriteten av kommunerna och landstingen i Sverige uppvisar svaga resultat i ett internationellt perspektiv. Detta var exempelvis situationen vid introduktionen av den första Kömiljarden, där svensk hälso- och sjukvård under lång tid fått låga betyg i internationella utvärderingar med avseende på tillgänglighet. Ett annat motiv till att åstadkomma en generell förbättring inom ett problemområde är om det finns patient- eller brukargrupper som är tydligt eftersatta.

5.2.1 Överenskommelserna bör utformas av staten och SKL inom ett fåtal väl förankrade, nationellt prioriterade problemområden

Regeringen och SKL bör likt idag välja ut ett antal nationellt prioriterade problemområden för vilka överenskommelser träffas mellan regeringen och SKL. Överenskommelserna bör omfatta samtliga kommuner och landsting. Vid val av områden är det av vikt att säkerställa god förankring i kommuner och landsting. Det minskar risken för att kommuner och landsting avstår att delta och att överenskommelsens mål inte uppnås. Vidare bör ett mindre antal områden väljas ut för överenskommelser i syfte att minimera risken för ineffektivitet i form av överlapp mellan överenskommelser, motstridiga initiativ eller onödig administrativ belastning.

5.2.2 Kraven bör vara relativa

Avsikten med detta syfte är att alla kommuner och landsting ska förbättra sig utifrån dagens läge. Kraven bör därför i så stor grad som möjligt utformas som relativa krav, det vill säga att kravet är förbättring i relation till ett tidigare resultat eller värde. Utformningen skiljer sig därmed från dagens modell där den övervägande delen av kraven är definierade utifrån fasta nivåer. Kraven kan exempelvis formuleras som statistiskt säkerställda förändringar av resultat.

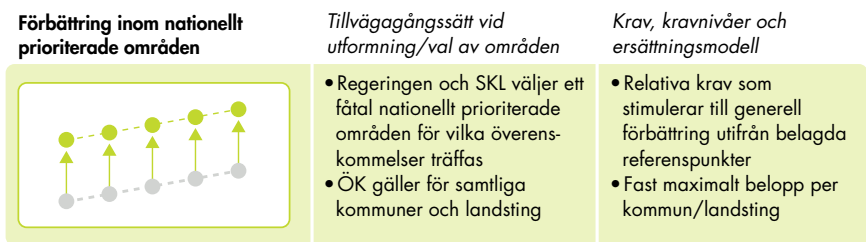
Konstruktionen motverkar utmaningen att fasta nivåer minskar incitamentet till förbättring, både för de som är långt ifrån kraven och för de som redan uppfyllt kraven. Relativa krav minskar därmed risken för att de övergripande syftena med överenskommelserna inte uppnås.



5.2.3 Ersättning utbetalas till de som uppfyller kraven, men med ett maximalt utbetalningsbelopp per huvudman

Som tidigare nämnts bör ersättningsmodellen i huvudsak konstrueras på samma sätt som idag, det vill säga att de som uppfyller kraven får ta del av prestationsersättning. En skillnad är att ersättningen inte bör variera beroende på hur många huvudmän som uppfyllt kraven. Istället finns ett fast maximalt belopp som kan utbetalas per kommun eller landsting.

Figur 13: Huvudsakliga principer: Prestationsbaserad ersättning för att förbättra nationellt prioriterade områden.



Källa: Vårdanalys

5.3 FÖR ATT ÅSTADKOMMA EN JÄMLIK VÅRD OCH OMSORG ÖVER LANDET

Om överenskommelser med prestationsbaserad ersättning ska leda till en mer jämlik vård och omsorg över landet behöver tillämpningen av styrmedlet förändras jämfört med idag. Den största förändringen är att prestationsersättningen fokuserar de största problemområdena för ett enskilt landsting eller en kommun, det vill säga insatserna anpassas i relation till huvudmännens specifika utmaningar.

5.3.1 Överenskommelserna fokuserar på olika områden i olika landsting och kommuner

Istället för överenskommelser om att förbättra ett fåtal nationella områden fokuserar överenskommelserna i detta sammanhang på att enskilda landsting och kommuner ska bli bättre på det som de är sämst på. Detta kan genomföras antingen genom att SKL sluter en övergripande överenskommelse med regeringen och SKL i sin tur överenskommer med enskilda landsting och kommuner vad de ska fokusera på. Ett alternativt sätt är att överenskommelserna sluts direkt mellan staten och enskilda kommuner och landsting, eller

ett regionalt nätverk av huvudmän. Avsikten är att möjliggöra för huvudmännen att prioritera sina förbättringsinsatser på de områden där de största problemen finns och där de ligger längst ifrån övriga landet.

Det finns flera tänkbara sätt att definiera områden för överenskommelsen. Ett är att regeringen definierar ett antal områden som landstinget får välja bland. Ett annat sätt är att landstinget själva identifierar prioriterade områden. En tänkbar utgångspunkt för att identifiera problemområden är ett urval av evidensbaserade mått från Öppna jämförelser inom jämlik vård som ska införas från och med 2013.

I den första modellen tar regeringen fram en lista över områden där den nationella ojämlikheten bedöms vara särskilt stor och omotiverad. Det kan vara ett större antal områden än dagens överenskommelser då antalet möjliga områden inte skulle innebära en belastning på samma sätt som idag, eftersom alla kommuner och landsting inte behöver fokusera på alla områden. Landstinget gör sedan sin egen prioritering och tar fram väl underbyggda förslag på fokusområden utifrån den nationella listan. Det slutliga valet sker sedan efter en dialog mellan staten, SKL och huvudmannen, där huvudmannen får motivera sin prioritering.

I den andra modellen ansvarar landstingen och kommunerna själva för att identifiera de områden som de har störst behov av att utveckla för att nå upp till samma nivå som de bästa kommunerna och landstingen på området. Detta kan till exempel göras utifrån analyser av Öppna jämförelser och annan data som landstingen samlar in inom ramen för överenskommelsen om jämlik vård. Utifrån landstingens och kommunernas förslag sker sedan en dialog och förhandling med regeringen och SKL innan överenskommelsen sluts.

Oavsett om man väljer en av modellerna eller en kombination av dessa två är behovet av förankring inför val av områden inte lika stort som i dagens situation, eftersom enskilda huvudmän i högre grad än i dag har möjlighet att påverka det slutgiltiga valet av fokusområde. Arbetsformen är även väl lämpad för att skapa lärande mellan kluster av huvudmän som valt att arbeta med liknande problemområden.

5.3.2 Kraven bör formuleras som relativa krav med det långsiktiga syftet att uppnå samma nivå de nationellt ledande landstingen/kommunerna

Kraven och fastställandet av kravnivåerna bör ske i samband med att överenskommelsen träffas i en dialog mellan regeringen och SKL och landstinget eller kommunen. Kraven bör även i så stor grad som möjligt formuleras som relativa krav, det vill säga att kravet är en förbättring i relation till ett tidigare resultat eller värde.



Det långsiktiga syftet bör vara att uppnå samma nivå som de landsting och kommuner som är nationellt framstående inom området. Ett exempel på underlag att utgå ifrån för att identifiera den långsiktiga målsättningen är ett urval av evidensbaserade mått från Öppna jämförelser.

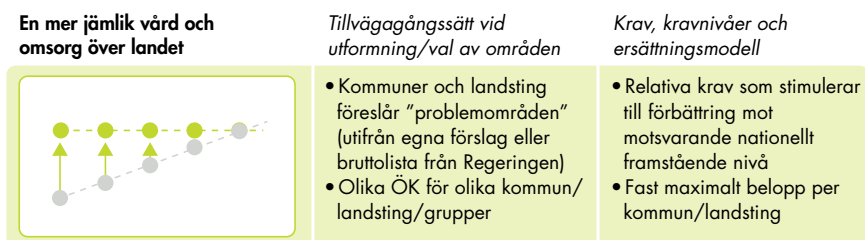
Den långsiktiga målsättningen innebär att överenskommelsen driver mot nationell jämlikhet. På nationell nivå kan utvecklingen följas genom indikatorer som andel lokala målsättningar som uppnåtts av huvudmännen.

5.3.3 En total årlig budget för prestationsbaserad ersättning bör fastställas per landsting och fördelas utifrån krav inom utvalda områden

För att driva mot nationell jämlikhet behöver ersättningsmodellen förändras jämfört med idag. Istället för att stimulansmedlen från början är avsatta per område eller överenskommelse fastställs en total budget för prestationsbaserad ersättning per landsting. Medel utbetalas sedan till varje huvudman utifrån kravuppfyllnad.

Konstruktionen innebär i sin helhet att landstinget fokuserar på de områden där de har störst behov av att utvecklas i relation till övriga landet och erhåller ersättning när de relativa och överenskomna kraven uppnås.

Figur 14. Illustration av huvudsakliga principer: Prestationsbaserad ersättning för att åstadkomma en jämlik vård och omsorg över landet.



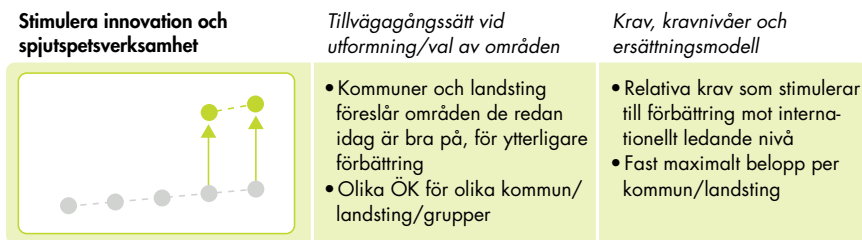
Källa: Vårdanalys

5.4 FÖR ATT STIMULERA INNOVATION OCH SPJUTSPETSVERKSAMHET

Om Sverige ska vara internationellt ledande inom vissa områden inom vården kan prestationsbaserad ersättning vara ett kraftfullt verktyg för att stimulera innovation. De spjutspetsområden som utvecklas kan även fungera som inspiration till förbättring för de landsting och kommuner som har sämre resultat. Detta är en annan tillämpning av prestationsbaserad ersättning än i dag, där syftet är att stimulera de bästa. Vi berör ämnet för att vidga diskussionen om prestationsbaserad ersättning och dess användningsområden.

Om målet med överenskommelserna med prestationsbaserad ersättning är att stimulera en vård i världsklass behöver delar av dagens konstruktion förändras. Den huvudsakliga förändringen är att landstingen bistår i att prioritera de områden som de är framstående inom och att överenskommelserna och prestationsersättningen fokuserar på att stimulera ytterligare förbättring inom dessa områden. Det långsiktiga målet bör, till skillnad från föregående modeller, inte vara definierat ur ett nationellt perspektiv. Istället bör det definieras utifrån en internationell referensram. Om målet är att vara världsledande behöver jämförelsen vara i relation till det eller de hälsosystem som är internationellt sett mest framstående.

Figur 15. Illustration av huvudsakliga principer: Prestationsbaserad ersättning för att stimulera innovation och spjutspetsverksamhet.



Källa: Vårdanalys

5.5 AVSLUTANDE KOMMENTARER TILL TÄNKBARA VÄGAR FRAMÅT

I ovanstående beskrivningar har utgångspunkten varit att regeringen beslutar om ett övergripande syfte för överenskommelser med prestationsbaserad ersättning. Man kan överväga möjligheten att tillämpa alla tre modellerna parallellt, det vill säga att vissa överenskommelser fokuserar på prioriterade områden för nationell förbättring, att vissa fokuserar på en jämlig vård över landet och att andra fokuserar på att stimulera innovation. Utmaningen med detta är till exempel att en satsning på spjutspetsverksamhet leder till att vissa landsting drar ifrån, vilket motverkar en satsning på jämlig vård över landet. Denna utmaning kan hanteras till exempel genom att en satsning på spjutspetsverksamhet tidsmässigt föregår en satsning på jämlig vård. Ett annat alternativ är att överenskommelserna har olika övergripande syften inom olika terapiområden. En satsning på spjutspetsar kan användas inom ett område där det redan idag finns en jämlig men mindre bra vård, där man behöver någon som går före och visar vägen. På ett annat område kan det finnas spjutspetsverksamheter, men flera landsting ligger långt efter varför en satsning på jämlig vård istället borde prioriteras.





6

Överenskommelser med prestationsbaserad ersättning

Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2013 – överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL Dnr: 09/5304.

Fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård ("kömiljarden") 2013 – överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL Dnr: 12/6941.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2013, SKL Dnr: 12/6842.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti 2013, SKL Dnr: 12/6879.

Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2013 – överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL Dnr: 12/6984.

Patientsäkerhetsåtgärder 2013 – överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om förbättrad patientsäkerhet, SKL Dnr: 11/7080.





Referenser

1. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1998; Sep 23/30:12.
2. ESV. Statsbudgetens utfall 2006. 2007:4
3. ESO. Prestationsbaserad ersättning i hälso- och sjukvården vad blir effekterna? Finansdepartementet; 1991:49.
4. Bakshi, A., Hansson, J.L., Brommels, M., Klinga, C., Bonnevier, H., Jensen, I.B. En processutvärdering av implementeringen av den nationella rehabiliteringsgarantin. Slutrapport del II. Enheten för implementerings- och interventionsforskning, Institutet för miljömedicin samt Medical Management Centrum, Institutionen för lärande, information och etik, Karolinska Institutet. Stockholm 2011.
5. Busch H., Bonnevier H., Hagberg J., Lohela Karlsson M., Bodin L., Norlund A., Jensen I. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Slutrapport, del I. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM). Karolinska Institutet. Stockholm 2011.
6. Merchant K, Van der Stede W. Management control systems – performance measurement, evaluation, and incentives. New York: Financial Times, Prentice Hall; 2007.
7. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).
8. Regeringen. Överenskommelse om utvecklingen och finansieringen av nationella kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012–2016. S2011/8471/FS: Socialdepartementet; 2011.
9. Regeringen. Godkännande av en överenskommelse om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2013. S2012/8765/FST: Socialdepartementet; 2012.
10. Regeringen. Regleringsbrev för budgetåret 2013 avseende inspektionen för socialförsäkringen. S2012/8858/SAM: Socialdepartementet; 2012.

11. Regeringen. Uppdrag att följa upp och utvärdera handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa 2012-2016. S2012/4529/FS: Socialdepartementet; 2012.
12. Regeringen. Godkännande av en överenskommelse om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård 2013. S2012/8767/FS: Socialdepartementet; 2013.
13. Regeringen. Vårändringsbudget för 2013. Prop. 2012/13:992013.
14. Regeringen. Överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting inom hälso- och sjukvården. <http://www.regeringen.se/sb/d/14830/a/183369>; [2013-09-24].
15. Regeringen. Nationell strategi för kvalitetsutveckling genom Öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. S2009/5180/SK
16. Regeringen. Godkännande av en överenskommelse om förbättrad patientsäkerhet 2013. Socialdepartementet. S2012/8770/FS (delvis).
17. Riksdagen. Utgiftsramar och beräkning av statsinkomsterna 2012/13:FiU1: Finansutskottet; 2012.
18. Socialstyrelsen. Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012, bedömning om kommuner och landsting uppnått grundläggande krav och resultat enligt överenskommelsen mellan regeringen och SKL. 2012-11-16.
19. Socialstyrelsen. Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2012. 2013-5-30.
20. SOU. Patientens rätt. Några förslag för att stärka patientens ställning. 2008:127.
21. Statskontoret. Statens styrning av hälso- och sjukvården. Dnr 2004/75-5.
22. Statskontoret. Tänk efter före, om viss styrning av kommuner och landsting. Dnr 2010/252-5.
23. Statskontoret. Uppföljning av prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre, delrapport 1. 2010:22.
25. Statskontoret. Prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre. Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Delrapport 2. 2011:29.
26. Statskontoret. Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Delrapport 3. 2012:35.
27. Stockholms läns landsting. Vårdgaranti och vårdval - hur följs effekterna för patienter med störst behov? Projektrapport 10/2012. Landstingsrevisorererna: RK 201205-0042; 2012.
28. Vårdanalys. Utvärdering av handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa - lägesrapport 2013. 2013:7.

Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och gränssnittet mellan vården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina granskningar. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patientupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen med att förbättra kvalitet och effektivitet – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning

Effekterna av statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning är omdebatterad. Samtidigt har styrning med prestationsbaserad ersättning ökat i omfattning. Idag används det på sex områden (1) patient-säkerhet, (2) psykisk ohälsa, (3) mest sjuka äldre, (4) rehabilitering, (5) tillgänglighet och (6) sjukskrivning – och omfattar cirka 5,3 miljarder kronor. I denna första studie på området analyserar vi utmaningar, risker och utvecklings-möjligheter med styrmedlet. Syftet är att bidra med idéer om hur styrningen kan utvecklas för att öka satsningarnas måluppfyllnad och minska risken för negativa sideeffekter i vården och omsorgen. Vi föreslår hur dagens användning kan förbättras och har tagit fram en tankemodell för hur styrmedlet kan utvecklas – (1) för att åstadkomma förbättringar på prioriterade områden, (2) för att åstadkomma en mer jämlik vård över landet och (3) för att stimulera innovation.

