

Ratio i Almedalen 2011

REFORMLANDET SVERIGE

En medborgarstyrd sjukvård

Underlagsrapport till seminariet 2011-07-06
Recept för sjukvården

Av Mattias Lundbäck



Innehåll

En medborgarstyrd sjukvård	3
Behovet av ett samlat patientansvar	5
Primärvården i förarsätet	6
Vårdpeng – inte organpeng	8
Samla ansvaret, förbättra tillgängligheten	9
Befria sjukvårdsentreprenörerna	10
En reformskiss	13
Men vad händer med ... ?	17
Kostnadskontrollen	17
Patientavgifterna	17
Läkemedel och medicinsk service	17
Inkomstfördelningen	17
Personer som saknar inkomst	18
Kroniska sjukdomar	18
Landstingen	18
Remisstvång	18
Sjukhusvården	18
Landstingsbyråkratin	19
Sammanfattning	19
Referenser	21

En medborgarstyrd sjukvård

Att minska vårdkostnaderna, höja vårdkvaliteten och förbättra tillgängligheten samtidigt kan framstå som tre oförenliga önsknings. Det är i själva verket inte bara möjligt, utan helt nödvändigt. Antalet äldre ökar och de demografiska utmaningarna sätter press på vården. Utan organisatorisk utveckling och vårdentreprenörer riskerar vi att få kompromissa med de förväntningar på sjukvården som vi alla har.

Den svenska vården håller en internationellt sett hög kvalitet, men det finns allvarliga problem med tillgängligheten. Tillgänglighetsproblemen uppstår regelmässigt i gränssnittet mellan olika vårdnivåer – mellan primärvård och specialistvård eller mellan öppen specialistvård och slutenvård. Vi ser också en tendens till att politiken och politikerna dras in i tekniska frågor om vårdens organisation som i andra system hanteras av professionella aktörer. Den politiska inblandningen riskerar att sätta hämsko på vårdens organisatoriska och tekniska utveckling.

Forskningen har påvisat betydelsen av samlat patientansvar och Sverige har i grunden ett sjukvårdssystem som ger oss unika förutsättningar för att samla vården kring patienten. En utmaning inför framtiden blir därför att bevara den svenska sammanhållna sjukvårdsmodellen och samtidigt bejaka entreprenörskap och kompletterande finansieringslösningar.

Den offentliga finansieringen av sjukvården har två grundläggande ekonomiska syften. För det första att försäkra individen mot höga och oväntade vårdkostnader, för det andra att utjämna livsvillkoren för människor. Mitt förslag i den här rapporten är att sjukvården skulle fungera bättre och kosta mindre om regelverket från början hade konstruerats med fokus på att uppfylla dessa båda syften.

Problemet är att vårdorganisationen består av sediment från årtionden av misslyckade reformer och experiment – och i processen tenderar politikerna att dras allt längre in i detaljstyrning av vårdens produktion. De reformer som implementeras är i regel partiella och de påbörjas ofta där den föregående reformen slutade. Det är ovanligt att någon helt vänder blad och börjar på en blank sida.

Min idé är i all sin enkelhet att det offentliga begränsar sin uppgift till att ansvara för två mekanismer; *ett högkostnadsskydd* och en *kompensation för kroniska sjukdomstillstånd*. I övrigt finansieras vården via en obligatorisk försäkring med dagens trafikförsäkring som modell. Till skillnad från trafikförsäkringen är premiens storlek, ungefär 3 000 kronor per person och år, dock reglerad av staten.

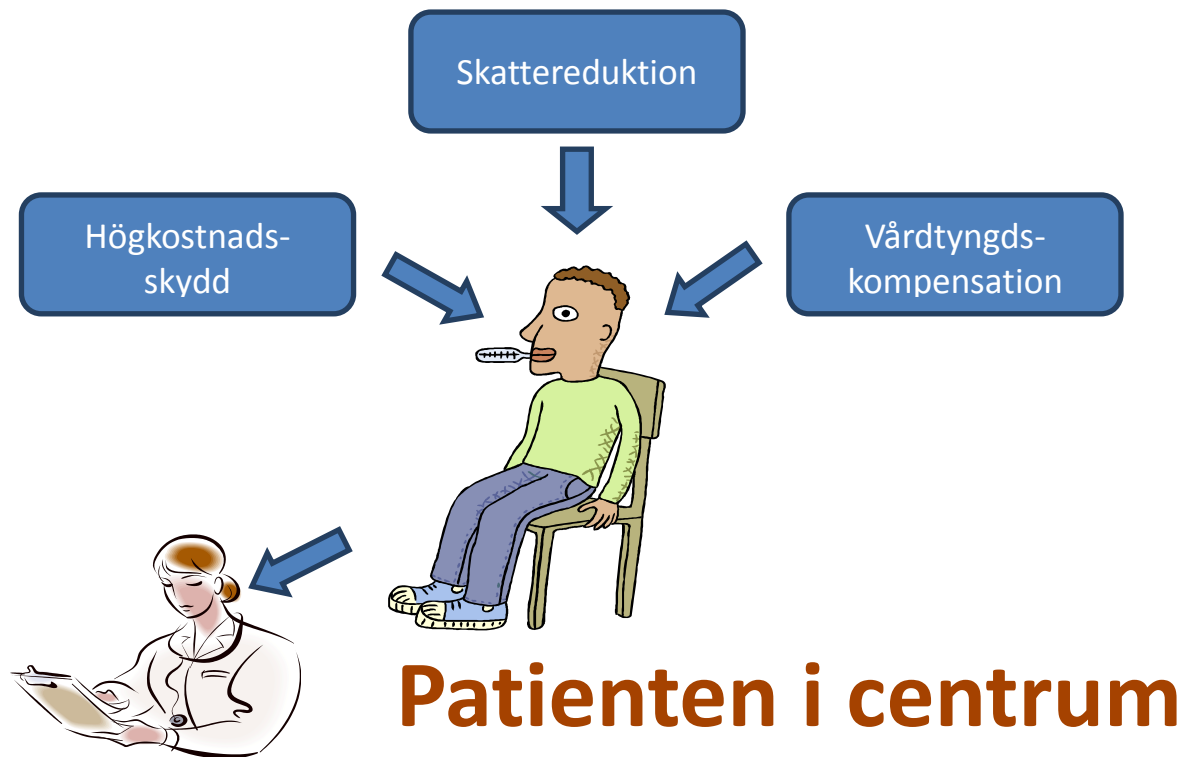
Förslaget är fördelningspolitiskt neutralt. Sjukvårdspremien – lika för alla – motsvaras av en lika stor skatterabatt. Men till skillnad från dagens landstingsskatt går premien direkt till vårdgivarna, utan att först passera den offentliga byråkratin. Landstingen/regionerna kommer dock alltså att ansvara för grundläggande vårdinfrastruktur. Förslaget förutsätter därmed inte någon komplicerad skatteväxling.

Modellen, som bygger vidare på element från såväl vårdvalsreformen som den nya tandvårdsförsäkringen, förutsätter några förändringar i dagens sjukvårdsfinansiering:

- Ett högkostnadsskydd som omfattar 90 procent av alla vårdkostnader över 100 000 kronor per person och år (betalas precis som i dag av landstingen).
- En kompensation för kroniska sjukdomar och tillstånd, vilken baseras på den i dag vanligaste modellen för vårdtyngdskompensation i landsting och regioner (betalas av landstingen till vårdgivarna/försäkringsgivarna).

En medborgarstyrd sjukvård

- En obligatorisk sjukvårdsförsäkring som finansierar alla vårdkostnader upp till 100 000 kronor och tio procent därutöver (betalas av den enskilde).
- En skatterabatt som är lika stor som den obligatoriska försäkringspremien (tillfaller de försäkrade individerna).



Figur 1: Vårdens finansiering

Rapporten inleds med en utblick, där vi konstaterar att de flesta sjukvårdssystem har en akilleshäla. Det handlar oftast antingen om vårdens kvalitet eller om dess tillgänglighet – ibland både och. Att de flesta länder kommer till korta när det gäller vårdens organisation beror på mer eller mindre allvarliga systemfel, som antingen tar sig uttryck i köer och väntan eller i bristande vårdkvalitet.

Därefter konstaterar vi att de flesta organisatoriska problem har att göra med ansvarsförskjutningar och brist på koordinering i systemet. Den naturliga platsen för att utföra denna samordning är, enligt den världsledande sjukvårdsforskaren *Barbara Starfield*, primärvården.

Sedan slår jag fast att sjukvården avviker från det som är brukligt inom andra kundvalsmodeller. Inom sjukvården tenderar vi att få *organval* snarare än *kundval*. Vårdens fragmenterande ersättningssystem skapar en gör-det-självsjukvård – där ingen tar ansvar för att koordinera vårdens insatser och optimera vårdkedjan.

Detaljstyrningen av vården får emellertid även andra negativa konsekvenser. När vårdkedjan fragmenteras och patientansvaret fördelas på olika vårdnivåer uppstår organisatoriska "diken" som ger upphov till köer. Sådana diken förekommer mellan primärvård och specialistvård, liksom mellan öppen specialistvård och slutenvård. Sveriges förhållandevis långa vårdköer och bristande tillgänglighet kan i allt väsentligt spåras till dessa organisatoriska diken.

En medborgarstyrd sjukvård

Sjukvårdens ersättningssystem tenderar också att missgynna entreprenörskap och teknisk utveckling. Några exempel från njursjukvården illustrerar mekanismerna som förhindrar teknisk och organisatorisk utveckling.

Därpå fokuserar jag på modellens detaljer för att bedöma om det tänkta systemets incitament skulle fungera på mikronivå. Med hjälp av en enkel så kallad Monte Carlo-simulering beräknas risknivåer för vårdgivare och sedan bedöms förutsättningarna för att kompensera vårdgivare för variationer i vårdtyngd.

Därefter bemöts några tänkbara invändningar mot modellen. Kan kostnadskontroll upprätthållas, vilka är de fördelningspolitiska konsekvenserna, vad händer om man saknar inkomst, missgynnas patienter med kroniska sjukdomar, vad händer med landstingen, blir remisstvånget kvar, hur finansieras sjukhusvården? Till sist summerar jag slutsatserna och för en diskussion om huruvida reformen är politiskt möjlig att genomföra.

Behovet av ett samlat patientansvar

Även om man begränsar sig till att studera sjukvårdssystem med offentlig finansiering är variationen i metoderna för att finansiera vården stor. Det finns försäkringsbaserade modeller (till exempel *Tyskland*) och det finns modeller med en närmast militär hierarkisk organisation, exempelvis *England*. Somliga länder har god tillgänglighet (*Belgien*), medan andra länder lider av långa väntetider och köer (*Kanada*).

Skattefinansierade system tenderar att ge bättre kostnadskontroll än försäkringsbaserade. Framför allt går det att se detta när man jämför Europa och USA, men skillnaden är också tydlig om man jämför exempelvis Storbritannien och Tyskland.

Det tycks också finnas ett utbytesförhållande mellan sjukvårdssystemens grad av fragmentering och deras tillgänglighet. Försäkringsbaserade modeller erbjuder i regel god tillgänglighet, men ofta till priset av en mindre sammanhållen vårdprocess. Hierarkiska modeller förmår att hålla samman vårdprocessen, men ofta till priset av köer och organisatorisk rigiditet.

Det finns få exempel på system med integrerade vårdkedjor, av den typ som jag skissar på i denna rapport. I USA har vi bland annat *Intermountain Healthcare*, *Kaiser Permanente* och *Mayo-klinikerna*. Ekonomen *Laurence Kotlikoff*, mer känd för sin bok om finanskrisen, har i boken "*The Healthcare Fix*" skissat på en finansieringslösning för USA (allmän obligatorisk sjukvårdsförsäkring) som starkt påminner den modell som presenteras här. Skillnaden är väl främst att det förslaget inte har något högkostnadsskydd som gör det möjligt även för mindre vårdgivare att ta helhetsansvar.

Sjukvårdssystem är närmast organiska. En förändring som vidtas i en del av systemet kan få konsekvenser i en helt annan del. Politiker har små möjligheter att hinna reagera och justera detaljer i sjukvårdsorganisationen när förutsättningarna för vården förändras. Precis som prissystemet koordinerar marknaden behöver man hitta en modell som gör det möjligt för sjukvårdens aktörer att spontant anpassa sig till förändringar i omgivningen.

Ett viktigt problem är definitionen av ansvarsområden och hur sådana avgränsas. Otydliga gränser mellan olika aktörer gör att dessa tenderar att skjuta över ansvaret på varandra. Ansvarsförskjutning kan ske mellan exempelvis *sjukvården* och *socialförsäkringssystemet* (patienter som står i vårdköer

En medborgarstyrd sjukvård

kostar pengar för staten, men inte för landstingen), mellan *Arbetsförmedlingen* och *Försäkringskassan* (Arbetsförmedlingen klassificerar arbets sökande som för sjuka för att arbeta), eller mellan *arbetsgivare* och *Försäkringskassan* (anställda som inte passar in uppmuntras att sjukskriva sig).

Men ansvarsglidningar sker också *inom* sjukvården. Bristande kvalitet i öppenvården kan orsaka kostnader inom slutenvården, köer inom en del av slutenvården kan orsaka kostnader inom en helt annan del. Forskarna *Mats Thorslund* och *Ulla Gurner* beskriver i *Läkartidningen* (Gurner & Thorslund, 2001) problemen när det gäller vården av multisykta äldre i Stockholm.

”Genomgående saknas en helhetssyn på de äldres behov av medicinsk behandling, rehabilitering och omsorg. Denna bild visar sig tydligt i intervjuerna med de äldre och deras anhöriga och bekräftas i intervjuerna med ansvarig personal inom primärvård och hemtjänst.”

Det bästa sättet att undvika spontana ansvarsförskjutningar är att organisera vården runt patienterna. Och i praktiken innebär detta att vårdgivarna och den behandlande läkaren måste ta på sig ett speciellt ansvar för att koordinera insatserna.

Min tes är att det går att hitta en tredje väg; en sjukvård med patienten i centrum där läkaren/vårdgivaren fungerar som en lots eller agent i vårdkedjan. Allra bäst är ett personligt förhållande mellan läkaren och patienten, något som ofta kan vara svårt att uppnå. Näst bäst är en tydlig relation mellan ett företag eller en läkargrupp och patienten.

Mycket tyder på att agentrollen i framtidens sjukvård kommer att delas av en läkare och en juridisk person. Läkaren kommer att ha ansvar för de omedelbara medicinska ingreppen, medan företaget eller läkargruppen kommer att ansvara för att vården som helhet är ändamålsenlig.

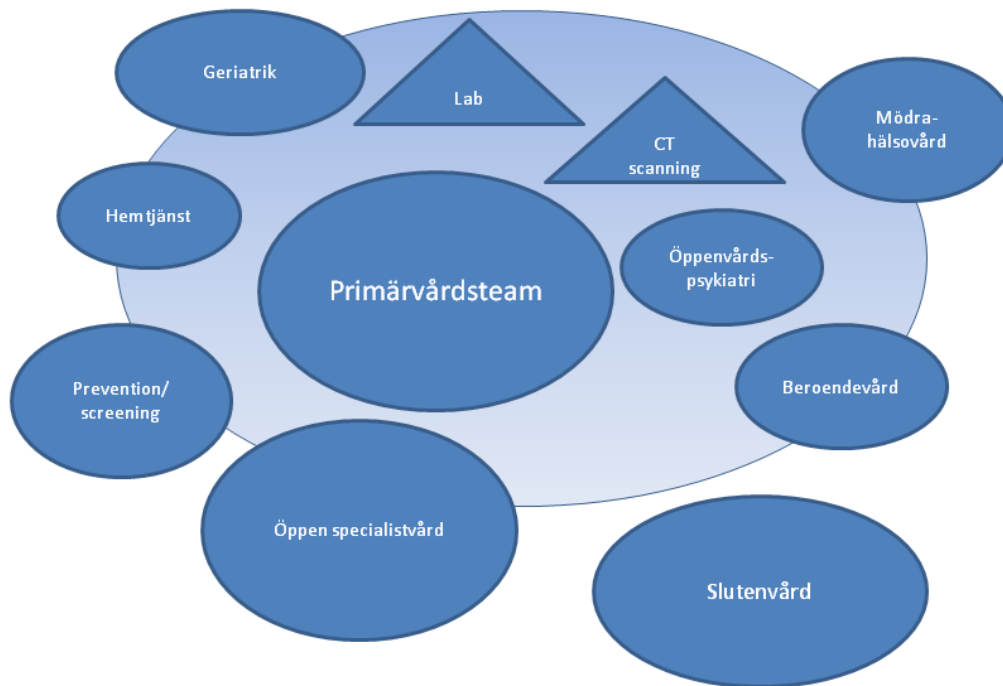
Vad innebär detta ansvarsförhållande för vårdens ersättningssystem? Agentteorin talar för att tendensen att använda allt starkare ekonomiska incitament i vården måste åtföljas av organisatoriska förändringar som stärker agentrelationen. Kort uttryckt bör det medicinska och organisatoriska ansvaret följa det ekonomiska i så stor utsträckning som möjligt.

Primärvården i förarsätet

Den naturliga utgångspunkten för koordinering av sjukvården är den punkt där patienten oftast möter denna; primärvården. Det finns starkt vetenskapligt stöd för att en väl utbyggd primärvård innebär fördelar. Barbara Starfield (*Starfield*, 2005) räknar upp sex olika mekanismer som gör att en stark primärvård leder till generellt bättre vårdresultat:

1) Bättre tillgång till vård, speciellt för socialt utsatta grupper; 2) Bättre vårdkvalitet; 3) Mer fokus på förebyggande vård; 4) Tidig intervention och hantering av hälsoproblem; 5) Bättre patientfokus; 6) Att primärvården utgör ett filter som motverkar överbehandling inom specialistvården.

Naturligtvis löser primärvården inte ensamt alla hälsoproblem, men den kan i många fall bidra till att förebygga och förhindra hälsoproblem som annars hade lett till negativa sekundära hälsoeffekter och kostnader inom specialistvården.



Figur 2: Primärvården i förarsätet

Ett vårddygn inom slutenvården kan kosta mellan 2 000 och 8 000 kronor. Att undvika en slutenvårdsepisod, eller förkorta en sådan, är därmed en av de mer kostnadseffektiva åtgärder som går att vidta inom sjukvården. Där är primärvården oöverträffad med sitt helikopterperspektiv med möjlighet att förutse risker och se möjligheter.

Ett exempel på detta är *Västerbottens landstings* förebyggande hälsoarbete, som gjort att länet avancerat från en sextondeplats till en andraplats när det gäller mäns dödlighet i hjärtinfarkt. Med ett ersättningssystem som ger primärvården möjlighet att tillgodogöra sig positiva effekter av förebyggande hälsoarbete skulle projektet i Västerbotten kanske inte bara ha varit ett isolerat exempel (DN 15/5 2011).

Ett grundläggande element i primärvården – helt oavsett hur vården organiseras i stort – är den personliga kontakten mellan läkare och patient. Ersättningssystem som gör den möjligt att bibehålla en stabil relation kan därför vara att föredra framför ersättningsmodeller som gynnar stor omsättning av läkare inom primärvården.

Primärvården, och specialisterna i allmänmedicin, kan emellertid inte verka i vakuum. En precis lika viktig uppgift för primärvården är därför att bygga den infrastruktur som leder till väl fungerande vårdkedjor. Bristen på sådana strukturer har, vilket vi exempelvis kan se i fallet Tyskland, lett till en fragmenterad vårdstruktur. Ett annat sjukvårdssystem som av tradition lidit av en hög grad av fragmentering är USA. I båda dessa fall kan problemen härledas till ersättningssystem som ersätter vårdgivare för enskilda utförda prestationer, exempelvis besök eller ingrepp.

En medborgarstyrd sjukvård

En systematisk genomgång av sjukvårdssystemen i 18 OECD-länder visar entydigt att en stark primärvårdsorganisation ger lägre mortalitet och bättre allmänhälsa i befolkningen, även när man korregerar för andra faktorer som rökning och alkoholkonsumtion (*Macinko m fl, 2003*). Detta samband är i sig ett starkt argument för att tillämpa ersättningsystem som främjar vårdgivarnas helhetsansvar.

Med ekonomens glasögon är det inte förvånande att en stark primärvård också leder till en mer effektiv sjukvård. Primärvården och den kontinuerliga relation som kan uppstå mellan läkare och patient i denna miljö tenderar att stärka läkarens relation till patienten. Detta gör det i sin tur möjligt för läkaren att fungera som patientens agent i vårdkedjan och motverka de tendenser till desintegration som annars riskerar att dominera.

Vårdpeng – inte organpeng

Kundvalssystem, exempelvis skolpengen, bygger på att resurserna följer brukaren och att individen själv väljer leverantör av tjänsten. För att undvika fragmentering är det i allmänhet lämpligt att en och samma leverantör får i uppdrag att sätta samman tjänstens olika delar. Skolpengen består exempelvis inte av en separat peng för matte, svenska, engelska, slöjd, och så vidare.

Att det traditionellt inte fungerat på detta sätt inom sjukvården hänger samman med sjukvårdstjänstens komplexitet och att vårdkostnaderna varierar betydligt mer än kostnaderna för en elevs skolgång. Sjukvårdens revirgränser har också i sig bidragit till att sönderdela vårdkedjan, speciellt i sjukvårdssystem som bygger på en uttalad uppdelning mellan utförare och (politiska) beställare. Denna tradition hindrar dock inte att en central koordinering hade varit mer lämplig, ur både vårdgivarnas och patienternas synvinkel.

En nyckel för att skapa ett sammanhållet sjukvårdssystem är att utforma ersättningsystem för vårdgivare på ett sätt som tillåter dessa att planera och utveckla sjukvårdens logistik. Min observation är att sjukvården länge har pendlat mellan två extremer; den centraliserade byråkratiska sjukvårdsmodellen och den decentraliserade fragmenterade modellen. Ingen av dessa modeller ger tillräckligt utrymme för entreprenörer som vill hitta nya sätt att organisera vården.

Med ett samlat kostnadsansvar för den enskilda patienten kan suboptimering undvikas och samordningsfördelar tas till vara. Ett exempel kan vara att primärvårdsansvar för läkemedelskostnader stimulerar en mer rationell förskrivning. *Llewellyn & Grant (1996)* konstaterar att läkarna på en mottagning som omfattas av ett system med utvidgat budgetansvar inom den skottiska primärvården har rationaliserat användningen av läkemedel och ökat användningen av generika. De pengar som man sparar har man använt för att anställa en sjuksköterska med kompetens inom kognitiv beteendeterapi (KBT).

En effekt av det samlade kostnadsansvaret är också att gränserna mellan olika vårdnivåer luckras upp. Vårdkedjan blir mer "sömlös". En läkare uppger att möjligheten att hänvisa patienter till ett annat (privat) sjukhus när väntetiderna blir för långa sätter press på sjukhuset och tvingar detta att erbjuda vård i tid. En annan läkare uppger att mottagningen har valt att höja servicenivån med specialister inom andra områden, exempelvis astma, diabetes, kardiologi, dermatologi, med mera.

En medborgarstyrd sjukvård

"Greater communication between primary and secondary doctors, along with some bridging of the division of workplace has rendered the distinctions between primary and secondary care less clearcut." (Llewellyn & Grant, 1996)

Vill man bygga vidare på primärvårdens lotsfunktion är det förstås viktigt att kunna bibehålla den personliga relationen mellan patient och läkare. Om läkaren tillhör en läkargrupp, ett företag eller en icke-vinstdrivande organisation finns möjlighet att kombinera lotsfunktionen med ett ekonomiskt ansvar, utan att för den sakens skull ge upp den personliga relationen mellan läkare och patient.

Samla ansvaret, förbättra tillgängligheten

Köer och väntetider kan vara en metod att ransonera en vara eller tjänst när efterfrågan är större än utbudet. Ransonering på basis av hur länge någon väntat i en vårdkö är av två skäl ofta ineffektivt. För det första är det inte säkert att den person som väntat längst är den person som har störst vårdbehov. För det andra medför själva väntan förluster, bland annat utebliven produktion.

Som ekonomen William Vickrey (Vickrey, 1968) visat är en avgift som skapar jämvikt mellan utbud och efterfrågan under vissa förutsättningar samhällsekonomiskt effektiv och att föredra framför ransonering via köer och väntan. Av olika skäl kan detta resonemang inte direkt överföras till sjukvården. Det är exempelvis svårt att exempelvis föreställa sig en avgift som gör att jämvikt mellan efterfrågan och utbud för besök i specialistvården uppnås.

Det går dock att använda Vickreys resonemang för att analysera vad som kan vara en lämplig fördelning av kostnadsansvar för primärvård respektive specialistvård. Primärvården står i dag inför valet att utföra specialistvården i egen regi (vilket kan kräva att man exempelvis anställer en specialistläkare) eller att utnyttja den fria nyttighet som specialistvården utgör. Med fri remissrätt i primärvården (nollpris) och kapacitetstak i specialistvården kommer efterfrågan på specialistvård i regel alltid att överstiga utbudet.

Valet mellan att lösa ett problem i egen regi och att skriva en remiss är därmed inte kostnadsneutralt. Det är i regel mer kostnadseffektivt att remittera till någon annan. Konsekvensen av detta blir att remisserna blir fler än vad kapaciteten tillåter. Köer uppstår och patienterna tvingas vänta. Många problem som skulle ha kunnat lösas i primärvården flyttas också till specialistvården.

När det inte finns någon fungerande koordineringsmekanism som gör att utbudet mellan utbud och efterfrågan i specialistvården balanseras riskerar detta dessutom att skapa tillgänglighetsproblem som måste hanteras av tjänstemän eller landstingspolitiker. Eftersom problemet i grunden är olösbart inom befintliga styrsystem blir frågan om vårdköer en ständigt aktuell fråga i den sjukvårdspolitiska diskussionen.

En lösning kan vara att flytta kostnadsansvaret för specialistvården till primärvården. Om primärvården är beställare av specialistvård kommer efterfrågan på specialistvård att avgöras i primärvården. Att remittera eller att behandla i egen regi kommer då att vara kostnadsneutrala val.

Många vårdgivare kommer i så fall att integrera framåt, vilket ofta lär bli mer kostnadseffektivt än att betala kostnaden för specialistvården om man i stället remitterar en patient vidare. I övrigt kommer *antalet remisser* att bli en av många parametrar som primärvården sätter i sin strävan att åstadkomma mesta möjliga vård inom givna kostnadsramar.

En medborgarstyrd sjukvård

Även om ett samlat kostnadsansvar för primärvården kan bidra till att eliminera flaskhalsproblem mellan primärvård och specialistvård finns ingen garanti för att köerna till första ledet – primärvården – elimineras.

En vårdgivare med totalkostnadsansvar kan alltså välja att ransonera vård via köer om köerna av vårdgivaren uppfattas som ett effektivt medel för att ransonera vård. Detta är dock ett samhällsekonomiskt problem endast om köerna orsakar externa effekter som faller på andra aktörer än patienten själv.

I praktiken lär merparten av kostnaderna falla på patienten. Valfriheten för patienterna bör därmed utgöra en tillräcklig drivkraft för vårdgivarna att hålla nere väntetiderna och i den mån det förekommer väntetider lär dessa vara ett i huvudsak effektivt sätt att ransonera vårdutbudet.

För att summera kan vi konstatera att ett system med samlat kostnadsansvar saknar de mekanismer som krävs för att skapa köer mellan olika vårdnivåer. Skälet är att ransoneringen i regel kommer att göras med mer effektiva mekanismer än köer.

Sett ur ett vårdsystemperspektiv är detta en fördel, då köer och väntetider, vilket nämnts ovan, är en inferior ransoneringsmekanism och i allmänhet en konsekvens av att kostnadsansvaret är splittrat.

Befria sjukvårdsentreprenörerna

Att beskriva entreprenörens roll i sjukvården kan vara svårt utan konkreta exempel. Betyder vinsten något för teknikutvecklingen och sättet att bedriva vård? Krävs det ekonomiska incitament för att förändra och utveckla sättet som sjukvården bedrivs?

För att göra frågeställningen mer konkret väljer jag två exempel från njursjukvården. Det handlar dels om valet mellan två olika tekniker – en ny och en något äldre, dels om värdet av att arbeta förebyggande i vårdkedjan.

Det första exemplet är valet mellan *hämodialys* (HD) och *peritonealdialys* (PD). Valet mellan metoderna avgörs delvis av omständigheter kring patienten och patientens tillstånd, men i tre fjärdedelar av samtliga fall går det att välja antingen den ena eller den andra metoden.

Hämodialys görs i regel i öppenvård på sjukhus, medan peritonealdialys utförs av patienten i hemmiljö. Kostnadsmässigt är metoderna ganska likvärdiga, även om det finns en skillnad i kostnadernas sammansättning. Däremot finns en relativt stor skillnad när det gäller patienternas egenskattade livskvalitet (*Sänkfält, Magnusson & Carlsson, 2002*).

En medborgarstyrd sjukvård

Utgift	US\$ per månad	
	HD	PD
<i>Direkta kostnader</i>		
Personal	1513	250
Externa aktiviteter (ex röntgen)	1581	2616
Förbrukningsmaterial	252	148
Andra rörliga kostnader	252	148
Slutenvård	527	709
Avskrivningar m m	124	51
Transporter	598	20
<i>Indirekta kostnader</i>		
Hemsjukvård	323	26
Förlorad fritid	716	790
Förlorad arbetstid	2454	1534
Summa	8257	6240

Användningen av HD respektive PD varierar påtagligt mellan olika länder och till och med mellan olika svenska landsting. HD är den metod som är äldst och som dominerar marknaden. Emellertid har PD bara sex procent av marknaden i *Japan*, medan motsvarande siffra i *Nya Zeeland* är 57 procent.

Samma variation förekommer i Sverige. I *Jönköping* får 12 procent av patienterna PD, medan andelen i *Norrbottnen* är 32 procent (HCP, 2007). Även om det inte hade funnits någon kostnadsmässig eller kvalitetsmässig skillnad mellan metoderna tycks variationen i sig ganska märklig.

Förklaringen till variationen är sannolikt historisk. HD är en äldre och mer etablerad metod. Dessutom är det den enda metod som kan sättas in vid akut njursvikt. Sett ur ett patientperspektiv ter sig dock PD som överlägsen. PD ger en självskattad livskvalitet på 0,65, medan personer som har HD uppskattar sin livskvalitet till endast 0,44. Personer som fått en helt ny njure uppnår som jämförelse en självskattad livskvalitet på 0,86.

Det rör sig om påtagliga skillnader och man bör fråga sig om varför PD inte är den dominerande behandlingsformen i alla landsting? En viktig förklaring kan vara att nya metoder inte automatiskt slår igenom bara för att de är bättre. För att åstadkomma förändring krävs ofta initiativ av sjukvårdens ledning – ibland även politiska initiativ.

Som vi har sett tidigare skapar dagens ersättningsystem inte alltid de korrekta incitamenten för förändring. Ett sjukhus och en klinik som ersätts via rambudget vet att en kostnadsbesparing leder till lägre anslag nästa år. Ett sjukhus som ersätts för antalet utförda dialysbehandlingar i öppenvård vet att PD ger färre DRG-poäng och lägre intäkter.

Förändringen kan samtidigt i sig vara kostsam och besvärlig att genomföra. Det handlar om att utbilda personal, skaffa ny utrustning och anställa eller avskeda. Utan en tydlig ekonomisk drivkraft att genomföra förändringen finns därför risk för att verksamheten fortsätter som förut. Det faktum att PD har en marknadsandel på i genomsnitt 20 procent, trots att exempelvis *Centrum för Medicinsk*

En medborgarstyrd sjukvård

Utvärdering vid Linköpings Universitet fastslagit att PD är att föredra när det är möjligt antyder att implementeringen utvecklas långsammare än vad som hade varit möjligt.

Mitt andra exempel rör det förebyggande arbetet inför dialys. Omkring 80 procent av alla fall av akut njurinsufficiens kan förutses. Genom uppföljning och kontroll i primärvården är det möjligt att förbereda dialysen. Ändå är närmare hälften av alla dialyspatienter akuta och i förväg kända av sjukvården.

Akut behandling har ett flertal negativa konsekvenser för patienten. Dels kan själva inläggningen och sjukdomstillståndet vara en traumatisk upplevelse, dels riskerar patienten skador som hade kunnat undvikas.

Patientens lidande är en sak och allt lidande kan naturligtvis inte undvikas i vården. Emellertid är den akuta behandlingen ofta mycket kostsam, liksom dess följder. Om man i primärvården hade kunnat följa och förutse njurinsufficiensen skulle vården ha kunnat spara stora resurser. Faktum är att det hade varit möjligt att finansiera ganska många förebyggande åtgärder för den kostnad som de akuta inläggningarna ger upphov till.

Inget landsting har i dag ersättningssystem som till fullo ger öppenvården och primärvården ekonomiska drivkrafter att undvika onödiga slutenvårdskostnader. Njursjukvården är bara ett exempel på att de förebyggande insatserna brister. Samma sak gäller psykiatrin, där många slutenvårdsdygn hade kunnat undvikas om patienterna haft en kontinuerlig kontakt med den öppna vården.

Entreprenörskap i vården är inte bara att utveckla och tillämpa nya tekniker. Det handlar också om att samordna verksamheter och att omfördela resurser dit de gör störst nytta. Dagens ersättningsmodeller tar ofta såväl teknik som organisation som givna variabler. Därför ges litet eller inget utrymme för vårdentreprenörer som vill utföra sjukvården på ett bättre och annorlunda sätt.

Ett ersättningssystem som gör det möjligt för vårdentreprenören att tillgodogöra sig hela eller delar av vinsten av en innovation inom vården kan bidra till att främja en snabbare utveckling av vården och sättet att bedriva vård. Man kan likna vårdentreprenörens ekonomiska incitament vid de ekonomiska incitament som möter ett läkemedelsföretag. Eftersom *Tandvårds- och läkemedelsverket* (TLV) sätter priset på läkemedel på basis av vad dessa tillför samhället (den samhällsekonomiska nyttan) har läkemedelstillverkarna incitament att hela tiden förbättra och utveckla sina produkter.

Motsvarande incitament finns oftast inte inom sjukvården och sjukvårdsorganisationen. Ersättningen är i regel kopplad till produkten snarare än patientnyttan. Det är dialys på sjukhus som är grunden för ersättningen, inte patientens livskvalitet. Det är behandling av sjukdomen som ersätts, inte förebyggande åtgärder som förhindrar att patienten insjuknar till att börja med.

Det är därför som kostnadsansvaret för varje patients vård i största möjliga utsträckning bör samlas i en punkt. Rollen som beställare och utförare integreras, vilket gör det möjligt för vårdgivarna att organisera och forma vårdkedjan på ett optimalt sätt, utan att snegla på vad som ger bäst ersättning. Vårdgivaren bör bara ha ett mål för sin verksamhet: Att hålla patienterna friska och att vid behov leverera vård. Risken för att administrativa skuggpriser hamnar fel kan på detta sätt minimeras.

En medborgarstyrd sjukvård

Om kostnadsansvaret kan samlas hos en koordinator behöver politikernas fantasi inte längre utgöra en begränsning för vårdens innovationsbenägenhet. Vårdgivarna behöver inte efterfråga politiska beslut eller politiskt godkännande för att tillämpa ny teknik och nya metoder. Innovationer som sänker kostnaderna och höjer kvaliteten kan då implementeras betydligt enklare.

En reformskiss

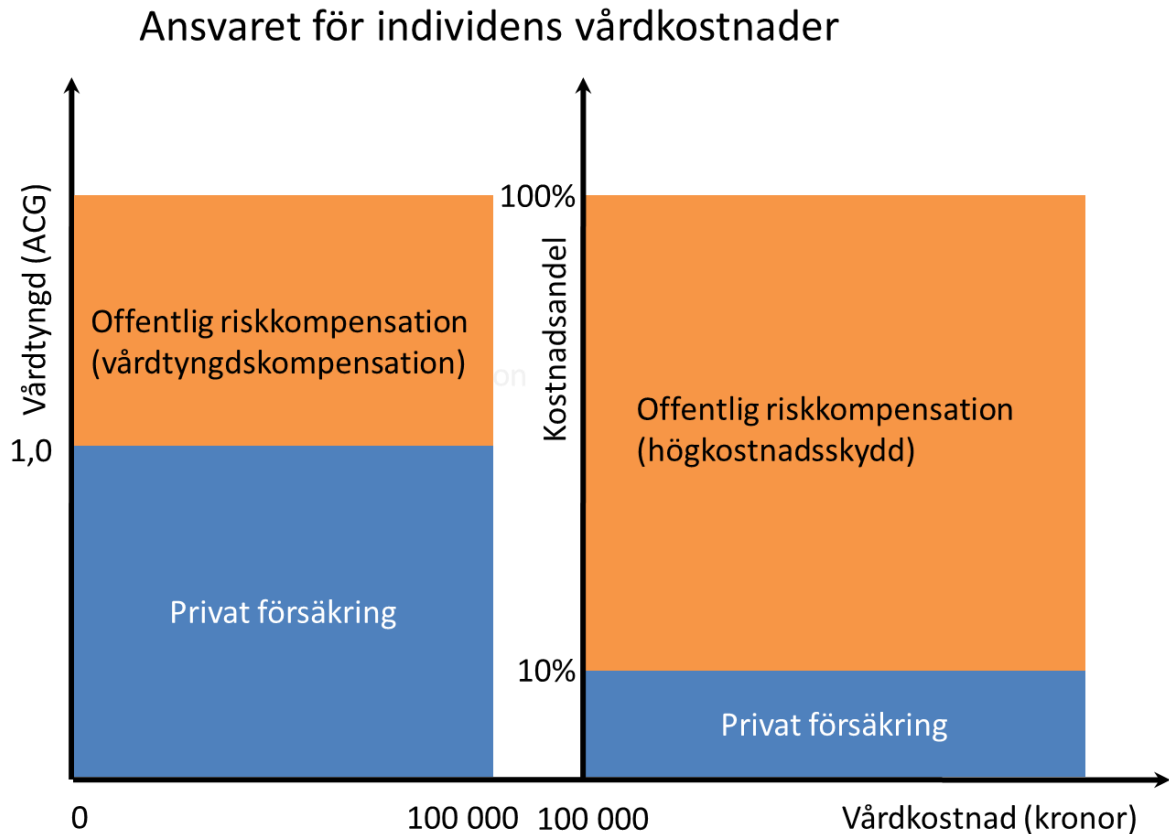
Förslaget till ny sjukvårdsorganisation som presenteras här bör inte ses som en färdig lösning, snarare som ett underlag som måste utredas vidare. Innan ett helt nytt sätt att finansiera och organisera vården övervägs är det dock lämpligt att göra en bedömning av förslagets genomförbarhet och effektivitet.

För det första är det viktigt att förslaget bidrar till att lösa ett eller flera konkreta problem. För det andra måste lösningen vara enkel att genomföra, rent politiskt och lagstiftningsmässigt. För det tredje måste förslaget fungera på detaljnivå. En reform som faller på en eller flera av dessa punkter är helt enkelt inte genomförbar.

Vi har konstaterat att finansieringsmodellen i rapporten uppfyller det första villkoret – att skapa incitament för utveckling av vårdorganisationen. Återstår därför att se om modellen faller på detaljerna – de ekonomiska incitamenten på mikronivå?

För resonemangets skull antar jag att högkostnadsskyddet täcker 90 procent av alla vårdkostnader över 100 000 kronor per patient och år. Ett liknande system används i dag inom tandvården, där staten täcker 85 procent av alla kostnader över 15 000 kronor per patient och år.

Vårdgivarna har totalansvar för sina patienter. Det innebär ansvar för läkemedelskostnader, laboratorieundersökningar, specialistvård, paramedicinska behandlingar (i den mån dessa ingår i det offentliga kostnadsansvaret), slutenvård och rehabilitering.



Figur 3: Riskkompensation för vårdtyngd (ex ante, upp till 100') och vårdkostnad (ex post, över 100')

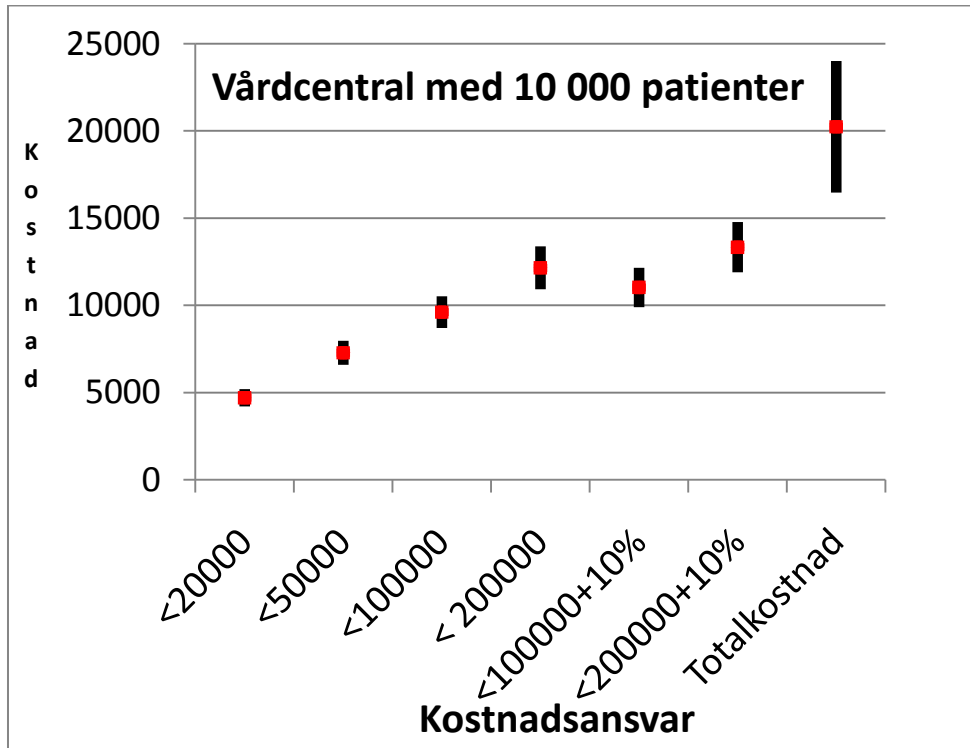
Figur 3 syftar till att illustrera hur den offentliga riskkompensationen och högkostnadsskyddet kompletterar den privata försäkringen. Eftersom vårdtyngden varierar mellan patienter kan den offentliga vårdtyngdskompensationen variera från ingenting till nära tio gånger den privata försäkringen. För en fjärdedel av patienterna täcker den privata delen de faktiska sjukvårdskostnaderna helt. För övriga skjuter det offentliga till en mindre eller större del av den förväntade vårdkostnaden.

Högkostnadsskyddet (som illustreras till höger i figuren) träder in när de faktiska vårdkostnaderna överstiger 100 000 kronor. Det är en liten andel av patienterna som kommer upp till denna nivå. Trots detta står patientgruppen för nästan hälften av de totala vårdkostnaderna. För att primärvården ska ha ett incitament att, i valet mellan två likvärdiga behandlingar, som beställare/remitterande instans rekommendera den mest kostnadseffektiva ser jag det som lämpligt att bibehålla ett begränsat kostnadsansvar även över denna nivå. Detta är dock en fråga som bör analyseras djupare.

Reformförslag som bygger på försäkringslösningar, obligatoriska eller ej, tenderar ofta att brista i realism på grund av att kostnadsvariationen mellan patienter är mycket stor. Kostnadsvariationen (risken) utgör då i sig ett inträdeshinder för små vårdgivare, förutom alla de problem som beror på asymmetrisk information. Därför är det viktigt att analysera om det tänkta högkostnadsskyddet förmår att minska riskvariationen i så hög grad att även en liten aktör, exempelvis en vårdcentral, kan konkurrera och etablera sig på marknaden.

En medborgarstyrd sjukvård

På grund av detta har jag valt att simulera vårdcentraler för att beräkna högkostnadsskyddets effekt på riskspridningen. Utgångspunkten för simuleringen är en lognormal vårdkostnadsfördelning med medelvärde(log) 7,0 och standardavvikelse 2,5. Fördelningen syftar till att approximera fördelningen av verkliga vårdkostnader för svenska patienter.



Figur 4: Kostnadsansvar och risknivå

Figuren visar hur införandet av ett högkostnadsskydd påverkar den ekonomiska risken för en vårdcentral med 10 000 anslutna patienter. Intervallen i figuren visar ett 95-procentigt konfidensintervall för vårdcentralens faktiska kostnader. Som synes kan ett högkostnadsskydd påtagligt reducera riskexponeringen för en vårdgivare.

Slutsatsen är att en vårdgivare inte behöver ha speciellt stora finansiella muskler för att kunna hantera det organisatoriska ansvaret och kostnadsansvaret för en enskild patient. Det räcker med att skala bort de tyngsta fallen – större ingrepp, längre sjukhusvistelser, omfattande intensivvård och högspecialiserad vård.

Eftersom det offentliga ansvarar för 90 procent av kostnader över 100 000 kronor per patient och år är risken för vårdgivarna begränsad. Även en liten vårdcentral – med kanske 5 000 listade patienter – kan därför erbjuda vårdförsäkring. Inget hindrar dock att försäkringsbolag eller andra aktörer också erbjuder sjukvårdsförsäkringar.

Den andra delen är kompensationen för kroniska och långvariga sjukdomstillstånd. Kompensationen för kroniska sjukdomstillstånd baseras på de diagnoser som registrerats i sjukvården och utgår lämpligen från det marknadsledande vårdtyngdskompensationssystemet *Adjusted Clinical Groups* (ACG) som har utvecklats vid *John Hopkins-universitetet*. Om en enskild individ lider av kroniska sjukdomstillstånd som innebär att dennes så kallade ACG-vikt är större än 1,0 kompenseras

En medborgarstyrd sjukvård

vårdgivaren med mellanskillnaden. En ACG-vikt på 2,0 innebär alltså att det offentliga skjuter till 100 procent av grundpremien.

Vårdtyngdskompensation enligt ACG används för tio miljoner patienter i USA inom ramen för det federala programmet *Medicare part C (Advantage)*. ACG används dessutom i bland annat *Skåne*, *Västra Götaland* och *Värmland* för att kompensera vårdcentraler för variationer i patientsammansättning. I *Östergötland* har det genomförts beräkningar av vårdkostnadsfördelningen för svenska patienter, vilket gör det möjligt att uppskatta hur stor del av vårdkostnaderna som kan finansieras via en generell försäkring där premien är lika stor för alla patienter.

Borgqvist m fl (2010) visar att den genomsnittliga totala vårdkostnaden för en patient i den lägsta ACG-gruppen uppgår till knappt 4 000 kronor. Med hänsyn till att en del av denna summa rör vårdkostnader över 100 000 kan vi räkna med att den generella vårdpremien, lika för alla, bör uppgå till ungefär 3 000 kronor per år av en genomsnittlig vårdkostnad som uppgår till 16 000 kronor.

Det innebär att landstingen, när man tar hänsyn till vårdtyngdskompensationen, skulle avlastas två procent av BNP eller 60 miljarder kronor. Om förslaget ska vara fördelningspolitiskt neutralt bör detta utgiftsbortfall motsvaras av en generell skattereduktion på 3 000 kronor per person och år. Det är värt att notera att detta inte medför något inkomstbortfall för landstingen. De uteblivna skatteinkomsterna kompenseras av att landstingens kostnader för vårdvalet minskar med lika mycket.

Riskkompensationen och högkostnadsskyddet gör att ingen vårdgivare har drivkrafter att avvisa enskilda patienter därför att dessa förväntas kosta mer än genomsnittet. Å andra sidan har *alla* vårdgivare skyldighet att acceptera *alla* patienter som söker sig till dem, så länge som antalet anslutna medborgare understiger deras i förväg bestämda målvolym.

Reformens syfte är inte primärt att sänka skattetrycket, även om detta blir en (önskvärd) bieffekt. Betydligt viktigare är att konkurrensen mellan vårdgivare leder till en mer effektiv och ändamålsenlig sjukvårdsstruktur, samt bättre tillgänglighet.

Det går att invända att det även i dag förekommer institutionell konkurrens mellan olika landsting och regioner. Utvecklingen går dock långsamt, även om vårdvalet i någon mån har förbättrat läget. En faktisk konkurrens mellan vårdgivare är en avsevärt snabbare metod för att stimulera införandet av nya tekniker och organisationsmodeller. Konkurrensen mellan regionerna och landstingen upphör heller inte, utan intensifieras snarare om de måste konkurrera om patienterna med privata vårdgivare och andra landsting.

En sista kommentar rör frågan om fondering. Privata försäkringar förutsätter fonderade buffertar, eftersom försäkringspremien betalas in ex ante. I just detta fall är försäkringsinlaget visserligen – tack vare högkostnadsskyddet – ganska litet. I vilket fall som helst är problemet förhållandevis marginellt då försäkringspremien bara avser att täcka ett års sjukvårdskostnader. Det handlar alltså om en fondering på maximalt 30 miljarder kronor, vilket kan jämföras med att en överföring av trafikförsäkringen i privat regi beräknades kräva en fondering på närmare 80 miljarder kronor.

Men vad händer med ... ?

Kostnadskontrollen ...

Fördelen med en finansieringsmodell där patienten står i centrum och där det inte förekommer "läckage" är att kostnadskontrollen är god. Med reservation för att antalet registrerade diagnoser kan komma att öka något är modellen kostnadsmässigt vattentät.

Varje kostnadsökning någonstans i vårdkedjan motsvaras nämligen av ett besparingskrav i någon annan del. Som övergripande samordnare finns primärvården, försäkringsbolaget eller individen själv.

Patientavgifterna ...

Förslaget förutsätter inga förändringar av dagens patientavgifter. Frågan om optimala patientavgifter är i huvudsak något som ligger utanför den här rapporten. Om det förekommer renodlade prestationsersättningssystem parallellt, och i synnerhet om de vårdgivare som har prestationsersättning inte kräver remisser, kan det dock vara lämpligt att tillämpa en obligatorisk högre patientavgift för dessa.

Vårdgivare som har totalansvar skulle kunna ges frihet att själva bestämma patientavgifterna inom vissa givna ramar. Hur dessa ramar bör se ut återstår att utveckla.

Läkemedel och medicinsk service ...

Ett sjukvårdssystem som avser att täcka alla sjukvårdskostnader bör förstås även omfatta läkemedel och medicinsk service. Poängen med att samla kostnadsansvaret på en och samma part är att denna aktör får möjlighet att optimera vårdprocessen för att uppnå högsta möjliga kvalitet och största möjliga kostnadseffektivitet.

Inkomstfördelningen ...

En av de första frågorna som måste besvaras är förstås vilka fördelningseffekter som detta ganska radikala förslag får. För att besvara frågan kan man dela upp frågeställningen i en fördelningseffekt som beror på ohälsa och en effekt som beror på inkomstnivå.

Den första frågan rör fördelningen mellan sjuka och friska. Överför delprivatiseringen resurser från sjuka till friska? Svaret är i princip *Nej*.

Skälet är att personer som har en diagnos som placerar dem i högriskkategorin får en ekonomisk kompensation som motsvarar deras förväntade vårdkostnader det kommande året. En person som drabbas av en oväntat hög vårdkostnad kommer att ha en ekonomisk ersättning som understiger den faktiska vårdkostnaden. Men om individen tecknat en försäkring drabbas han eller hon inte av något inkomstbortfall alls.

Snarare är det troligt att den konsekventa tillämpningen av riskjusterad ersättning på individbasis gör personer med kroniska sjukdomar mer intressanta för vårdgivare. Generellt sett kommer vårdutbudet för denna patientgrupp därmed att förbättras.

Den andra tänkbara fördelningseffekten rör inkomstnivån. Även i detta avseende är reformen fördelningspolitiskt neutral. Den obligatoriska försäkringspremien, som är lika stor för alla medborgare, motsvaras av en lika stor skattereduktion.

Personer som saknar inkomst ...

Personer som har försörjningsstöd eller helt saknar inkomst kan erbjudas sÄrlösningar inom ramen för statens kompensation till personer med kroniska sjukdomar. Om ena maken/makan i en familj helt saknar inkomst kan skattereduktionen utformas så att den andra parten får utnyttja reduktionen. Samma sak gäller barn, där reduktionen då tillfaller vårdnadshavaren.

Kroniska sjukdomar ...

En stor utmaning inom vården är att ge vårdgivarna incitament att ta väl hand om personer med kroniska sjukdomstillstånd. Eftersom vårdtyngdskompensation är en integrerad del av den sjukvårdsreform som skissas här skulle förslaget sannolikt bidra till att just denna grupp av patienter får ett effektivare stöd än i dag.

En annan faktor som talar för att patientgrupper med kroniska sjukdomar gynnas är att finansieringen fokuserar på den enskilda patienten, i stället för att utgå från utförda prestationer. Vårdgivarna får därmed större frihet att integrera specialistvård och primärvård för att skapa en sömlös vårdkedja.

Landstingen ...

Landstingen/regionerna kommer alltså att ansvara för produktion av viss sjukvård och ersättningen över högkostnadsskyddet. En skattereduktion motsvarande 3 000 kronor på landstingsskatten innebär förstås ett betydande inkomstbortfall. Detta skattebortfall kompenseras dock via ökade intäkter/minskade kostnader i landstingets vårdval.

Samtidigt kommer landstingen att bli mer utsatta för konkurrens än tidigare. Försäkringsbolag, vårdcentraler och andra aktörer kommer att konkurrera om patienterna. Man kan även tänka sig en konkurrens mellan olika landsting.

Remissväg ...

I dag krävs i regel en remiss för att anlita specialistvård. Det kommer det också att göra i framtiden, även om undantag kan göras för vårdgivare som arbetar enligt *lagen om läkarvård ersättning* (LOL) och *lagen om ersättning till sjukgymnaster* (LOS). Om dessa system efterföljs av nya modeller går det att tänka sig att remissfrihet får gälla även för dessa.

Poängen med en samlad sjukvårdsfinansiering är dock att göra remisserna överflödiga genom att skapa incitament för närmare samarbete mellan primärvården och specialistvården. De största tillgänglighetsproblemen i vården uppstår nämligen regelmässigt i gränssnittet mellan primärvården och specialistvården.

Sjukhusvården ...

Vård på sjukhus ersätts i dag oftast via det så kallade DRG-systemet. DRG står för *Diagnosrelaterade grupper* och är ett sätt för sjukvårdsfinansiärerna att jämföra slutenvårdsproducenter med varierande uppdrag och patientsammansättning. Det finns inget skäl att frånga denna modell.

Naturligtvis omfattas även slutenvården av den obligatoriska försäkringen, precis som all annan vård. Men eftersom kostnaderna för mer omfattande slutenvård ofta överstiger 100 000 kronor lär en stor del av det ekonomiska ansvaret för denna del av sjukvården alltså komma att ligga kvar hos landstingen.

Administrationskostnaderna ...

Mycket av energin i landstingen används för att hantera problem som orsakats av bristfälliga styrsystem och felaktigt satta priser för olika åtgärder inom specialistvården. En sjukvård med primärvården i centrum är mer självreglerande och inte lika beroende av att vårdens reglerade priser och budgeter sätts på rätt nivå. Det innebär att byråkratin i landstingen kan reduceras.

Sammanfattning

Att lägga fram förslag till förändrad sjukvårdsfinansiering, utan att ifrågasätta vårdens struktur, är en tämligen meningslös övning. Den här rapporten bör därför inte förväxlas med de otal rapporter som fokuserar på vem som är huvudman för vad och som försöker åstadkomma förändring genom att flytta figurer i blockdiagram. Syftet är nämligen inte enbart att förändra *finansieringen*, utan också att presentera en modell som förbättrar sjukvårdens *organisatoriska* struktur.

Trots att förslaget bidrar till att minska de offentliga sjukvårdskostnaderna är fördelningseffekterna små. Snarare bidrar modellen till att öka vårdgivarnas fokus på patientgrupper med kroniska sjukdomar, som reumatism, diabetes och Parkinson, vilket är en fördelningseffekt som måste betraktas som positiv.

Reformförslaget bör heller inte ses som en ersättning för vårdvalsreformen, utan mer som en utveckling av denna. Flera landsting är på god väg mot att låta primärvården bära ett större ansvar för att koordinera vårdprocessen. Utan ytterligare stöd från lagstiftarna finns dock risk för att landstingen och regionerna stannar halvvägs i reformprocessen.

Förslaget liknar i flera avseenden tandvårdsreformen, i och med att fokus ligger på att fördela ansvaret mellan stat och individ på ett ändamålsenligt sätt. Individen tar ansvar för kostnader som lika väl skulle kunna täckas av hemförsäkringen – staten tar ansvar för att jämna ut livsvillkor och finansiera kostsamma behandlingar.

Men det handlar som sagt inte bara om sjukvårdens finansiering. Lika viktigt är att ett samlat kostnadsansvar skapar de drivkrafter för koordinering som hittills har saknats i svensk sjukvård. Vi har tämligen stor evidens för att en patientorienterad vård höjer vårdkvaliteten och förbättrar tillgängligheten (*WHO (2008), Ullrich m fl (2007), Solberg & Rayen (2009), Schellet m fl (2009), Enthoven (2009), Macinko m fl (2003) & American College of Physicians (2006)*). Problemet är att vårdens entreprenörer är bakbundna av otympliga ersättningsystem och byråkratiska strukturer.

Så till frågan om reformen är politiskt möjlig att genomföra? Med erfarenhet från ett antal av de stora socialpolitiska reformer som genomförts de senaste åren (exempelvis sjukförsäkringsreformen och tandvårdsreformen) kan jag konstatera att framgång i reformarbetet oftast handlar om att hitta lösningar som är paretosanktionerade, det vill säga förbättrar situationen för alla inblandade parter.

Det är svårt att se hur någon kan motsätta sig ett förslag som har potential att sänka skattetrycket med flera procentenheter, samtidigt som tillgänglighet och vårdkvalitet förbättras. Landstingen och regionerna kan förvisso invända mot den ökade konkurrens som kommer från enskilda vårdgivare och andra landsting. Samtidigt öppnar förslaget en dörr för aktörer som inte tidigare kunnat bidra till sjukvårdens utveckling, exempelvis banksektorn och försäkringsbolagen.

En medborgarstyrd sjukvård

På det stora hela vill jag hävda att de flesta skulle vinna på denna sjukvårdsreform. Pareto-kriteriet tycks därmed tillämbart. Men även om det finns enstaka förlorare är jag fullt övertygad om att det kompletterande Hicks/Kaldor-kriteriet är applicerbart – att vinnarna på reformen potentiellt skulle kunna överkompensera förlorarna.

Referenser

American College of Physicians, 2006, *A System in Need of Change: Restructuring Payment Policies to Support Patient-Centered Care*, Philadelphia: American College of Physicians; 2006: Position Paper. (Available from American College of Physicians, 190 N. Independence Mall West, Philadelphia, PA 19106.)

Arrow K J, 1963, Uncertainty and the welfare economics of medical care, *The American Economic Review*, 53, 5, s 941-973

Borgquist L, D Andersson, S Engström & H Magnusson, 2010, Primärvårdsersättning efter socioekonomi eller sjukdomsburda, *Läkartidningen*, 107, 37, s 2158-2163

DN, 2011, Ingen tar efter hälsosam succé, *Dagens Nyheter* nätupplagan 15/5-2011

Enthoven A C, 2009, Integrated delivery systems: the cure for fragmentation, *The American Journal of Managed Care*, December, s 284-290

Gurner U & M Thorslund, 2001, Helhetssyn behövs i vården av multiviktande äldre, *Läkartidningen*, 98, 21, s 2596-2602

HCP, 2007, *Njursjukvårdsindex 2007*, Health Consumer Powerhouse, Stockholm

Kotlikoff L J, 2007, *The Healthcare Fix – universal insurance for all Americans*, The MIT Press, Cambridge

Llewellyn S & J Grant, 1996, The impact of fundholding on primary health care: accounts from Scottish GPs, *Financial Accountability & Management*, 12, 2, s 125-140

Macinko J, B Starfield & L Shi, 2003, The contribution of primary care systems to health outcomes within organization for economic cooperation and development (OECD) countries, 1970-1998, *Health Services Research*, 38, 3, s 831-865

Schellet S, M Lisac & K Blum, 2009, Integrated primary care in Germany: the road ahead, *International Journal of Integrated care*, 9, april

Sennfalt K, M Magnusson & P Carlsson, 2002, Comparison of hemodialysis and peritoneal dialysis – a cost/utility-analysis, *Peritoneal Dialysis International*, 22, s 39-47

Solberg L I & R V Rayen, 2009, The medical home: is it a blind men and elephant tale?, *Family Practice*, 26, 6, s 425-427

Starfield B, LShi & J Macinko, 2005, Contribution of primary care to health systems and health, *The Millbank Quarterly*, 83, 3, s 457-503

Ullrich W, U Marschall & C Graf, 2007, Versorgungsmerkmale des diabetes mellitus in disease management programmen, *Stoffwechsel und Herz*, 16, 407-414

Vickrey W, 1968, Congestion theory and transport investment, *The American Economic Review*, 59,2, s 251-260

En medborgarstyrd sjukvård

WHO, 2008, *World Health Report – primary care, now more than ever*, World Health Organisation, Switzerland