

Nya affärsmodeller – nya risker: Fallet Global Pharma och värdebaserad vård

STAFFAN MOVIN & TORHEL STRÖMSTEN

Kapitel 10, utdrag ur Risker och riskhantering i näringsliv
och samhälle

Richard Wahlund (red.) 2016

ISBN: 978-91-86797-22-5

© Stockholm School of Economics Institute for Research och författaren,
2016



SSE INSTITUTE FOR RESEARCH

Nya affärsmodeller – nya risker: Fallet Global Pharma och värdebaserad vård

STAFFAN MOVIN & TORDEL STRÖMSTEN

Introduktion

Sjukvården som helhet står inför en rad utmaningar. Livsstilssjukdomar, ökade kostnader och en åldrande befolkning sätter hela vårdssystemet under press. Organisatoriskt sett tenderar vårdssystemet också att fungera i silos, där vårdens olika beståndsdelar inte samverkar i tillräckligt hög utsträckning. En lösning som diskuteras är s k värdebaserad vård (*value based health care*). Begreppet presenterades av Michael Porter och Elisabeth Teisberg (2006), och Porter har arbetat intensivt för att sprida idéerna om värdebaserad vård i USA och andra delar av världen. Modellen har exempelvis introducerats på en rad olika ställen i Sverige. Att ha vårdtagaren (kunden) som utgångspunkt är centralt för värdebaserad vård, där värde definieras som resultatet för patienten i förhållande till de resurser (kostnader) som använts för att uppnå detta resultat.

För de aktörer som ska bedriva värdebaserad vård innebär det ett förändrat sätt att verka och göra affärer. De kommersiella aktörerna tvingas förändra sina *affärsmodeller* och organisera sin verksamhet på nya sätt. Många gånger diskuteras och framhålls nyttan av dessa nya affärsmodeller. Vad som däremot inte diskuteras lika ofta är de risker som följer med en förändrad affärsmodell.

En central komponent i alla affärsmodeller är sättet företaget tar betalt av

sina kunder på. Olika typer av risker uppstår i försök att utveckla nya affärsmodeller, vilket blir tydligt när ersättning till leverantören ska regleras (Osterwalder & Pigneur, 2010). Ett antal frågor av principiell natur kan ställas: När ska ersättning erläggas för en tjänst? Utifrån vilka mått eller variabler ska en tjänst anses vara väl utförd? Vilka andra aktörer i ett nätverk kommer att påverkas och behöva mobiliseras för att tjänsten ska kunna utföras och ersättning erhållas (Power, 2009)? Övergången från en affärsmodell till en annan kan vara komplex och skapa nya typer av risker som företaget måste hantera. Kaplan och Mikes (2012) pekar på ett antal olika kategorier av risker, *preventiva*, *strategiska* och *externa* risker. Vi kommer att bygga kapitlet kring dessa idéer och induktivt identifiera ett antal olika risker som en vårdleverantör måste hantera vid en värdebaserad vårdlösning.

Kapitlet är upplagt på följande sätt. I det kommande avsnittet presenteras den teoretiska referensram som har väglett oss i studien. I avsnittet diskuterar vi hur risk förändras när ett företag eller organisation förändrar sin affärsmodell. Därefter följer ett empiriskt fall, baserat på en studie av Global Pharma, ett internationellt läkemedelsföretag som har för avsikt att förändra sin affärsmodell, och hur man tar sig an risker samt tar betalt för det värde man skapar.

Teoretisk referensram

Att utveckla och förändra sin affärsmodell (Osterwalder & Pigneur, 2010) kan beskrivas som att förändra sitt sätt att kombinera resurser och länka aktiviteter till varandra; d v s det handlar i princip om att utveckla och förändra verksamheten, både internt och externt (Håkansson & Snehota, 1995). Detta resonemang ligger nära innovationslitteraturen, som traditionellt har pekat på två olika vägar när ett företag utvecklas och byter riktning. Den första strategin, som också är den vanligaste, är att investera i forskning och utveckling för att på så vis transformera företaget och dess aktiviteter och kompetenser i fysisk mening. Den andra strategin är att förändra företagets värdeerbjudande som en fysisk produkt är en del av (många gånger kärnan). Medan den första strategin innebär att man investerar i forskning och

utveckling, d v s utökad eller förändrad kärnkompetens, innebär den andra strategin många gånger att företaget rör sig i värdekedjan, d v s integrerar framåt och tar över och förändrar aktiviteter som tidigare utförts av en annan part eller kund. Båda dessa strategier innebär osäkerheter och risker (Tongur & Engwall, 2015). Sällan diskuteras emellertid risker förknippade med att förändra sin strategiska position och affärsmodell inom denna litteratur.

Affärsmodeller och risk

Kaplan och Mikes (2012) identifierar tre olika typer av risk som ett företag måste hantera. Den första typen är *preventiva risker*. Denna typ av risk finns ofta inom organisationer och är möjlig att åtgärda och förutse. Dessa risker har att göra med anställdas beteenden, chefers oetiska affärer och sådant som kan uppstå till följd av att produktionsenheter inte underhålls på ett rimligt sätt. En annan typ är *strategiska risker*. Dessa risker är nära förknippade med de affärer som företagen gör och kan därför ses som positiva i någon mening. Ett företag måste exempelvis acceptera vissa risker för att överhuvudtaget vara en intressant spelare i sin bransch för sina kunder och leverantörer. Den tredje typen av risk som Kaplan och Mikes (2012) identifierar är *externa risker*. Dessa risker är t ex politiska och sociala händelser som inte är möjliga att förutse eller påverka.

Ullberg et al. (2002) diskuterar risk utifrån dels ett produkt- och tillverkningsperspektiv, dels ett tjänsteperspektiv. Produktperspektivet kan beskrivas som en klassisk transformation av råvaror i olika typer av tillverkningsprocesser där risk handlar om tillgång på råvaror, maskinell utrustning och investeringskapital. Men vi kan också närma oss risk utifrån ett tjänsteperspektiv där inputresurserna är individer och humankapital som interagerar.

Till att börja med rör sig många företag bort från en situation där de kontrollerar sina risker hierarkiskt (riskerna finns inom den egna organisationen). I och med att företags gränser till viss del blir otydligare och mer mångfacetterade och fler och fler aktiviteter kopplade till företagets kärnverksamhet utförs av partners i ett nätverk flyttas också riskerna utanför företagets

gränser. Exempelvis har graden av outsourcing ökat markant de senaste 20 åren, d v s att aktiviteter som tidigare utfördes av företaget i dag utförs av leverantörer. Samma trend sker givetvis på kundsidan. Eftersom kunder i högre grad outsourcar aktiviteter kommer de företag som är aktiva att ta en större del av värdekedjan. Ericssons övertagande av kunders nätverksamheter är ett exempel; IT-företag som ansvarar för företags IT-avdelningar är ett annat. Detta gör att kundrisken ökar och värdeskapandet sker utanför företagets gränser, ofta i interaktion med kunder.

Ett annat exempel är IT-branschens fokusering på molntjänster eller *software-as-a-service* i stället för klient-server-lösningar. Förändringen innebär att företag får tillgång till *funktionen* bokföringssystem i stället för att köpa en mjukvara som installeras på en server och nås via ett nätverk. Här flyttas driftsrisken till en extern leverantör. Detta innebär betydande stordriftsfördelar i det externa IT-ekosystemet. Företagen som tillhandahåller molntjänster fokuserar på användandet av tjänsten utan att åsidosätta centrala aspekter som säkerhet, tillgänglighet och skalbarhet. Det gör de genom att samverka med andra företag såsom amazon.com för kapacitetsutnyttjande och infrastruktur. Övergången till en ökad andel molntjänster har gått snabbt inom IT-industrin, bland annat på grund av kraftig prispress. En av de risker som upplevts som störst har varit att lämna ifrån sig data utanför det egna företagets fysiska domäner genom att köpa en lagringstjänst i molnet. Detta trots att det har litet egenvärde att förvara sina data på en speciell fysisk plats. För kunderna som använder molntjänster upplevs det ofta som lättare att hantera de operativa och tekniska riskerna än risker som är mindre fysiska och som inte blivit brett accepterade.

Överlag tenderar tjänsteinnehållet att öka, och skapandet av värde ser annorlunda ut i processer som kännetecknas av interaktion, ömsesidigt förtroende och framför allt där realiseringen av värdet ligger i framtiden snarare än i nutiden (Vargo & Lusch, 2004; Johanson & Strömsten, 2005). När tjänsteinnehållet blir mer komplext och får större innehåll av kunskap som dessutom kräver medverkan av kunden (eller individerna som begagnar tjänsten) blir övervakning och information kritiska faktorer. Det blir viktigt att ta hänsyn till den mänskliga faktorn.

Olika typer av risk blir intressanta beroende på vilken affärsmodell ett

företag bygger sin verksamhet kring. En affärsmodell som bygger på (fysisk) produkt- eller processinnovation vilar på historisk grund, vilket innebär att investeringar i produktutveckling har skett i det förflutna och att det nu ur risksynpunkt handlar mer om att realisera de kassaflöden som förutsågs i prognoserna när investeringsbeslutet fattades. En tjänstebaserad affärslogik innebär att tjänsten utförs i nutid men att dess värde kan realiseras antingen när den utförs eller också – vilket sker i allt högre grad – i framtiden.

Ur riskperspektiv blir detta extra intressant eftersom tjänsteproduktionen då i allt högre grad utförs av konsumenten på egen hand (Ullberg et al., 2002). Styrningsmässigt blir det en utmaning för tjänsteproducenten att styra eller påverka utövaren/konsumenten av tjänsten utan att det upplevs som ett intrång i den personliga integriteten.

Sammantaget innebär det för det enskilda företaget att risk blir något fundamentalt annorlunda än det tidigare varit. Risken flyttar utanför företaget och får fler dimensioner än tidigare. Risk inbegriper också fler motparter, vilket i sin tur innebär att risker måste hanteras och organiseras på en nätverksnivå snarare än med utgångspunkt i det enskilda företaget.

Fallet Global Pharma

Vårt fallföretag agerar på en sjukvårdsmarknad och har verksamhet över hela världen. Traditionellt och historiskt sett har Global Pharma varit ett ”vanligt” läkemedelsföretag, d v s man har investerat stora summor i forskning och utveckling för att utveckla mediciner som ska göra sjuka patienter friskare. Global Pharmas svenske vd beskriver utmaningen så här i en tidningsintervju:

Vi har inte samma tillväxt som tidigare. Delvis beror detta på att ett antal patent har löpt ut för stora och viktiga produkter, delvis beror det också på att vi har en affärsmodell som inte fungerar. Tidigare har vår affärsidé varit att erbjuda vetenskaplig höjd och information till enskilda läkare. Vad vi ser nu är att vi måste samarbeta med andra beslutsfattare inom hälsosektorn. ... Det rör sig om en identitetskris för hela läkemedelsbranschen eftersom vi har arbetat efter en modell som länge varit väldigt framgångsrik. (VD för Global Pharma)

Utifrån citatet ovan är det tydligt att Global Pharma står inför en rad olika utmaningar. En av dessa är att förändra sin affärsmodell och gå från en verksamhet, där forskning, utveckling och leverans av mediciner står i fokus, till att leverera hälsa – i jämförelse med att bota sjukdom. Man har alltså som ambition att erbjuda en helhetslösning (ett system i sig) som i sin tur ska leda fram till hälsosammare individer. Detta system måste emellertid utvecklas i samklang med beställarsystem. Landsting på kort sikt och Försäkringskassan på längre sikt, kanske även privata försäkringsbolag, behöver förändras i en riktning som motsvarar Global Pharmas ambitioner. Detta leder till ett antal frågor som Global Pharma måste hantera. Vilka fattar beslut, formellt och informellt, i beställarsystemet? Vilka drivkrafter talar emot att vissa aktörer kommer att ansvara för systemen framöver? Vilka har inflytande över dels design av tjänster, dels val av ersättningsmodeller?

En avgörande faktor är att beslutsfattandet delvis har flyttats från individuella läkare till dem som står för kostnaden, d v s landstingen. Även om läkarna fortfarande är de som skriver ut läkemedel är deras möjligheter - och framför allt valmöjligheter – begränsade i förhållande till hur det såg ut tidigare. Emellertid rör det sig om en balans mellan inköp och förskrivare. Förflyttningen av makt från lokalt till centralt beslutsfattande har skett av flera anledningar, bl a högre följsamhet, bättre priser och större kontroll över enskilt agerande. Den senare har också reglerats i allt större utsträckning. En maktförflyttning innebär inte automatiskt att tidigare strukturer försvinner, utan ofta finns delar av dem kvar, vilket man behöver ta hänsyn till inte minst eftersom denna grupp ansvarar för det individuella beslutet i varje enskild behandling.

Med andra ord kan Global Pharma inte på egen hand besluta om att förändra sin affärsmodell. Beställarsidans motiv till en systemförändring och förmåga att göra detta genomgripande är helt avgörande. De stigande kostnaderna för livsstilssjukdomar i kombination med avsaknad av kompetens och resurser gör att köparens/kundens bild av ett framtida hälsosystem blir tydligare. Köparens motiv kan alltså dels vara kostnadsmässiga, dels handla om ökad säkerhet samt avsaknad av finansiering för de insatser som annars krävs.

För Global Pharmas del har det inneburit att företaget genomgår organi-

sationsförändringar för att göra gränssnitten mot kunden (landstingen) funktionella och välfungerande. Man beskriver förändringen som att företaget går från en produktorienterad organisation till en kundfokuserad. ”Anledningen till att jag pratar om att röra sig mot en kundfokuserad organisation är att kunderna faktiskt inte är intresserade av våra produkter, snarare är det våra lösningar som är intressanta för kunden”, säger vd:n för Global Pharma.

Att överge fokus på att sälja läkemedel till att tillhandahålla en lösning där man tar betalt för det värde som skapas är en utmaning och innebär många nya risker och behov av nya kompetenser. Dessutom behöver företaget förstå hur förändringen från produkt till lösning och en ny affärsmodell påverkar både den löpande affären inom andra områden och maktbalansen inom och utanför företaget. Detta är tydligt i en annan intervju med vd:n:

Vi är villiga att prova en modell där ett landsting upphandlar välbehandlade diabetespatienter. Det skulle vara en mycket komplex upphandling och vi har ingen färdig modell för hur det skulle se ut. Men vi diskuterar gärna med ett landsting kring hur man på ett sådant sätt kan förbättra diabetesvården. Det skulle vara en oerhört spännande process med den ömsesidiga målsättningen att nå så bra behandlingsresultat som möjligt. (VD för Global Pharma)

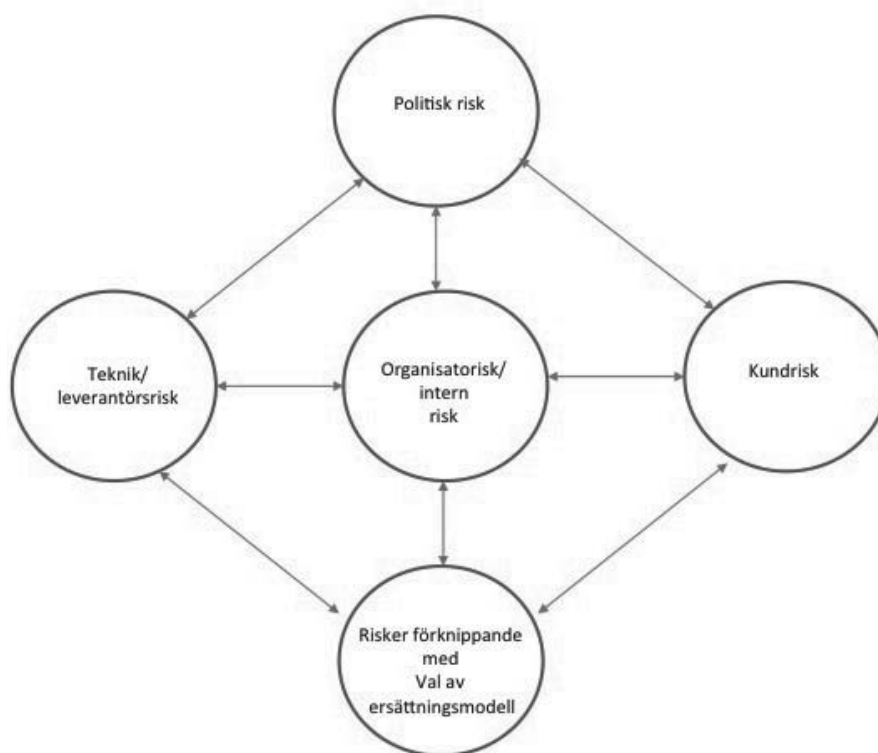
I ett terapiområde som exempelvis diabetes finns många strukturer och relationer som har utvecklats under decennier. Dessa utmanas av en aktör som vill ta en annan typ av risk. Motståndet kommer att vara tydligast hos de aktörer som har mest att förlora på förändringen. Det kommer att vara de som har anledning att agera mest kraftfullt mot ett nytt initiativ.

Risker förknippade med en ny affärsmodell

I sin nya affärsmodell söker Global Pharma större ansvar för ett flertal komponenter och delsystem i vårdkedjan. Med ett större ansvar kommer det också att följa ett antal risker som är värda att reflektera över. Vi har här valt att utgå från de risker som är förknippade med att definiera värdeskapande

genom förändrat beteende hos en definierad patientgrupp, nämligen patienter som har diagnosen diabetes eller som löper risk att få den genom sitt nuvarande beteende och hälsoprofil.

Vi har identifierat fem olika typer av risker. Dessa är *organisatorisk/intern risk*, *teknisk/leverantörsrisk*, *politisk risk*, *risker förknippade med val av ersättningsmodell*, samt *kundrisk*. Den sistnämnda kan som i sin tur kan delas upp i en beteende- och urvalskomponent. Precis som figuren nedan indikerar påverkar de olika riskdimensionerna varandra och kan därför inte betraktas som isolerade.



Figur 1. Olika risker förknippade med Global Pharmas införandet av en ny affärsmodell

Organisatorisk/intern risk

Att förändra en affärsmodell från transaktionsbaserad till tjänstebaserad modell innebär en tydlig omställning av styrning både för den lokala organisationen och gentemot moderbolag och division. För Global Pharma handlar det om att skapa handlingsutrymme för att kunna genomföra förändringen. Det innefattar tydliga projekt som kan verifiera att företaget är på rätt väg och som kan rapporteras till moderbolaget. Det innefattar även att Global Pharma identifierar mått som representerar något centralt och relevant såväl för patienter och landsting som för ägare och ledning. En uppenbar risk för Global Pharma är att tålmod från högre håll inte finns. Global Pharma är börsnoterat och påverkas i hög grad av aktiemarknaden och dess olika aktörer. Att kommunicera förändringen av affärsmodell och skapa acceptans hos dessa aktörer blir en utmaning för Global Pharma.

Politisk risk

Global Pharmas förändrade affärsmodell innebär i grunden att individernas beteenden ska förändras från ett stillasittande liv med ett kostintag som lämnar en del övrigt att önska till ett mer aktivt liv med nyttigare kost. Ett sådant helhetsgrepp på en patientgrupps livsstil är något positivt för vissa, men kommer för andra grupper att upplevas som ett intrång i den personliga integriteten. Därför har vi valt att identifiera detta som en politisk risk. Beroende på vilken ”version” som får fäste i media och bland allmänheten kan ett företags (som dessutom tjänar pengar på det) övervakning av individer bli en måltavla som kan påverka företagets varumärke och generella goodwill negativt, särskilt om de övervakade individerna ingår i en mindre resursstark population (jfr Wahlunds et al:s kapitel).

Ytterligare en dimension av politisk risk är beställarens måste avvika från etablerade strukturer. En upphandling som fokuserar på resultat i stället för transaktion innebär att man frångår gängse prislistor och processer för upphandling. Då behöver beställaren kunna svara på varför man väljer en annan lösning. Denna lösning kommer också att bli ifrågasatt av de aktörer som är etablerade i den befintliga strukturen. Detta diskuteras mer ingående nedan.

Risk förknippad med teknik och leverantörer

Den *teknik/leverantörsrisk* har att göra med de verktyg som krävs för att styra och påverka de enskilda patienternas beteenden samt de aktörer som tillhandahåller dessa verktyg. Verktygen kan vara IT-baserade och ställer höga krav på reliabilitet, att mätningen är pålitlig och att det går att lita på informationen som kommer ut från det tekniska systemet. Eftersom Global Pharma förmodligen inte kommer att utveckla dessa verktyg själva måste leverantörer av olika slag vara en del i systemet och utveckla och underhålla de verktyg som används. Reliabiliteten är också mycket viktig eftersom att läkaren i sin ordination måste kunna förlita sig på information som genereras. Denna aspekt är mycket viktig eftersom läkarna är ansvariga för den ordination de rekommenderar. Anses inte den tekniska plattformen tillförlitlig finns det en uppenbar risk att läkarna inte väljer Global Pharmas lösningar.

Som systemintegratör med ett övergripande ansvar kommer Global Pharma troligtvis att utföra vissa aktiviteter internt och köpa in andra aktiviteter och resurser från leverantörer i sitt nätverk. Här uppstår därmed en påtaglig fara för att dessa leverantörer inte ska kunna leverera sina tjänster från tid till annan, t ex beroende på bristande kompetens och resurskapacitet. Detta är givetvis något som Global Pharma och andra företag hanterar genom formella och informella kontrakt i sina leverantörsrelationer. Mot kund kommer Global Pharma formellt att vara ansvarigt för att leverantörerna ska utföra sina tjänster som del av det totala erbjudandet. Vi upplever att detta är en mindre riskkomponent för Global Pharma eftersom det finns strukturer för att hantera denna typ av rollfördelning.

Kundrisk

En principiellt intressant risk är *kundrisken*. Den kan i sin tur delas upp i en *beteendekomponent* och en *selekteringskomponent*. Till att börja med innebär det en risk för Global Pharma att deras resultat är beroende av huruvida patienter lyckas förändra sitt *beteende*, vilket i sin tur ska leda fram till att vissa fördefinierade mått uppnås. Patienternas beteende kommer att övervakas och styras genom olika typer av verktyg och genom interaktion med vårdpersonal, men det slutgiltiga resultatet är något som Global Phar-

ma inte har någon direkt påverkan över.

Patienters incitament och drivkrafter blir givetvis centrala, men det blir också det stöd i form av beteendeförändringar (via psykologer eller coacher) som Global Pharma kan erbjuda. För att kunna ta betalt för resultat, som man inte har direkt påverkan på och full kontroll över, måste Global Pharma därför göra en egen bedömning av sannolikheten för att lyckas med olika typer av interventioner mot olika målgrupper. Interventionernas effektivitet behöver således löpande utvärderas och evidensbaseras. Dessutom krävs systematisering av interventioner enskilt och interventioner i samverkan mot olika patientgrupper. Lärande och kunskap kring denna typ av strukturering återfinns t ex hos försäkringsbolags bedömning av individers risker, men påverkas av den politiska integritetsrisken i hälsoområdet.

Urvalsrisken är förmodligen betydande för Global Pharma. Eftersom Global Pharma är leverantör till landstinget i en framtida hälsorörelse är det landstinget som i grunden bestämmer vilka patienter eller vilka patientgrupper som ska ingå i den population som erbjuds möjlighet till beteendeförändring för ett friskare liv. Vi vet sedan tidigare att vissa individer oftare lyckas förändra sitt beteende medan andra helt enkelt har svårare att förändra detta. De individer, eller grupper av individer, som har svårt att förändra sina beteenden kommer troligen inte att nå sina resultatbaserade mål, oavsett vad de får för stöd och struktur från Global Pharma. Möjligheten att påverka vilka patienter som accepteras in i olika projekt blir kritisk men också i hög grad politiskt känslig och svår att hantera ur etiskt perspektiv.

För att Global Pharma ska kunna leverera en verifierbar lösning till sin kund, och därigenom eliminera risk för kunden, krävs att man kan upprepa sina resultat i ett antal olika omgångar. Kan man inte själv välja profil på sina patienter kommer detta att bli mycket svårt. Alternativt krävs det att Global Pharma har möjlighet att differentiera sina insatser mot olika patientgrupper och därigenom anpassa åtgången av resurser till patienter för att påverka beteendeförändring och uppfyllelse av målmarkörer. Detta skulle innebära att Global Pharma behöver rikta insatserna mot individer, men att målbilderna och resultaten för landstingen behöver vara gruppbaserade.

Risk förknippad med val av ersättningsmodell

Global Pharmas ambition är att med ett proaktivt förhållningssätt leverera en helhetslösning som ska generera besparingar i framtiden. Att landsting i hög grad är budgetstyrda och samtidigt har ett behov av att införa resultatbaserade ersättningsmodeller som handlar om kassaflöden över tid, är en utmaning, inte bara för Global Pharma utan för samhället i stort. Det finns därför ett begränsat utrymme för landsting att använda traditionella investeringskalkyler där kassaflöden mäts och följs upp över en längre tid. En konsekvens av detta är att de befintliga ersättningsmodellerna tenderar att belöna kortsiktiga lösningar och indirekt motarbeta lösningar som ger effekt på längre sikt. Det finns därför ett behov av att formulera alternativa finansieringslösningar och ersättningsmodeller som underlättar och stödjer innovation och utveckling.

I princip går det idag att identifiera tre olika typer av ersättningsmodeller, rörliga, fasta och resultatrelaterade. En rörlig ersättningsmodell varierar med den volym vård som produceras (Hagbjer, 2012; Fernler et al., 2014). Men en rörlig ersättningsmodell minskar samtidigt också risken för leverantören ur ett ekonomiskt perspektiv. Ju högre volym som utförs av en tjänst, desto mer får beställaren betala, medan utföraren många gånger inte står någon ekonomisk risk så länge ersättningen täcker de rörliga och fasta kostnaderna.

En fast ersättningsmodell innebär att vårdleverantören får en fast ersättning utan att den direkt är kopplad till att vårdaktiviteter utförs. Ofta sker detta i form av anslag som i sin tur är beroende av tidigare års produktion, eller någon annan storhet, som exempelvis antal patienter listade på en vårdcentral eller antal äldre på ett boende (Hagbjer, 2012; Fernler et al., 2014). De fasta ersättningsmodellerna innebär att risken förflyttas i högre grad till leverantören som får organisera sin verksamhet utifrån en given budgetram eller anslag. En påtaglig risk för beställaren är emellertid att volymen minskar om fasta ersättningsmodeller används. Vidare, prestationen/resultatet är i en sådan modell inte nödvändigtvis definierad, och beställaren har rätt att nyttja leverantörens tjänster i en sådan modell, begränsat eller obegränsat, beroende på hur avtalet är formulerat.

En resultatbaserad ersättningsmodell innebär att utföraren ska uppnå vissa fördefinierade resultat innan utbetalning kan ske. Samtidigt leder en resultatbaserad ersättningsmodell till att risken förskjuts mot leverantören av tjänster medan beställarens ekonomiska risk minskar eftersom om inte utföraren uppnår de förbestämda resultaten kommer beställarens utbetalning utebli. Diskussioner, inte bara om vilka mått som kan sägas vara relevanta och valida, utan även vilka kalkylobjektet bör vara (grupp eller individ) blir centralt när en resultatbaserad ersättningsmodell används. Även när en prestation ska anses vara utförd blir viktigt att definiera (Johansson & Östman, 1995).

I Global Pharmas fall kommer en serie av interventioner att ske över tid i samarbete med flera olika leverantörer. Dessutom uppstår *effekten* av de preventiva interventionerna i framtiden. De mest betydande effekterna kommer att inträffa om 15-20 år, men det finns markörer som kan påvisa effekter under en kortare tidshorisont på 3-5 år (intervju Global Pharma). Att i detta fall ta betalt per tjänsteleverans gör det svårare att nå de önskade effekterna. Köpare inom offentlig sjukvård behöver emellertid kunna handla upp tjänsten och även hantera upphandlingskritik från konkurrenter och media.

En alternativ ersättningsmodell är en sk episodbaserad ersättning, vilket innebär att en beställare köper ett antal interventioner över den tid som antas behövas för det önskade resultatet. Ett problem är emellertid att denna lösning inte är tillräckligt flexibel för patienternas behov. Fördelen är att det finns etablerade ersättningsnivåer för olika interventioner, vilket gör det lättare för köparen och säljaren att resursplanera och budgetera.

För att leverantören ska kunna säkerställa att effektmålen nås och samtidigt hantera de tidigare beskrivna riskerna är en möjlig väg en resultatbaserad lösning som även inkluderar vinstdelning. Köparen får incitament att verka för att resultatet uppnås och belönas utifrån hur effektiv samordning och processer fungerar. Ett problem med denna lösning är matchningen av resursförbrukning och prestationer över tid. Offentliga verksamheter drivs och styrs, som nämnts tidigare, genom årsbudgetar, och det finns begränsat med system som hanterar resultat och värde som realiserats över tid.

Finansiella verktyg för att hantera risk

Enligt Bugg-Levine et al (2012) har det skett en ökning av bruket av finansiella instrument för att lösa sociala problem. Ofta handlar det om att definiera ett på förhand önskat resultat och sedan skapa en finansiellt hållbar struktur som gör insatsen möjlig. Utföraren är i dessa fall ofta en social entreprenör eller icke vinstdrivande organisation. Ett sådant verktyg är så kallade sociala obligationer (*social impact bonds*).

Grunden för sociala obligationer (som ofta inte är att betrakta som egentliga obligationer) är att utföraren definierar en prestation, ett resultat, som ska uppnås av en extern utförare. Med utgångspunkt i hur väl utföraren lyckas uppnå resultatet kommer en summa som också bestämmer avkastningen på insatsen att betalas ut (Warner, 2013).

Basen för obligationen är den volym som kan kopplas till en verklig eller prognostiserad kostnadsvolym för exempelvis en sjukdom eller diagnos i en geografiskt avgränsad miljö över ett antal år. Två olika typer av utbetalningar kan kopplas till obligationen. Den ena är en utbetalning som sker över tid och betalas ut frekvent, t ex årligen. Denna utbetalning säkerställer att de involverade aktörerna får en grundersättning. Den andra utbetalningen baseras på de resultat som uppnås efter en bestämd tid och om man når tidigare uppnådda resultat. Denna premies utformning påverkar de interna kalkyler som utförare kommer att bedöma extra resursinsatser utifrån.

För att minska risken för investerare kan obligationen göras likvid, vilket innebär att den kan byta ägare under projektets livstid. Detta kräver tydliga, standardiserade och erkända mått. Dessutom bör investerare kunna göra egna bedömningar av riskexponering och hur sannolikt det är att resultat kan uppnås. Vägen till en fullständigt likvid marknad för den här typen av värdepapper är lång, men det är möjligt att nå mindre likvida obligationslösningar där företag och organisationer med stort intresse av utfallet kan investera i lösningen. Detta innebär också att finansieringen inte behöver vara knuten till tjänsten i sig. Externa aktörer kan finansiera en framtida effektivisering.

En finansiell lösning, som genom sin utformning kopplar ihop aktörer som annars inte hade haft med varandra att göra, kan i sig skapa ett förändringstryck eller ett momentum (Christner & Strömsten, 2015). Ett system

eller nätverk av aktörer med gemensamma intressen och incitament som skapas genom finansieringslösningen kan driva förändring som liknar det Power (2009) pekar på när han skriver om hur aktörer blir finansiellt inbäddade och delar risker och även avkastningsmöjligheter. Finansieringen av obligationen kan säkras av utfärdaren, men man kan också tänka sig en extern intressent med eller utan intresse för segmentet eller det problem som ska lösas.

Diskussion och slutsatser

En värdebaserad hälsovård kommer att leda till att företag och organisationer organiserar sig på nya sätt. Vi kommer att se nya affärsmodeller, men också nya risker som följer i deras spår. Dessa risker hanteras på olika sätt i de ersättningsmodeller som finns tillgängliga.

Kapitlet har beskrivit och analyserat hur ett globalt läkemedelsföretags strävan att förändra sin strategiska position med hjälp av en ny affärsmodell och en ny ersättningsmodell medför nya typer av risker. Företaget i fråga har som ambition att gå från att leverera läkemedel för att bota/lindra symptom - till att bli en systemintegratör som agerar preventivt på en *hälsomarknad*, till skillnad från dagens reaktiva *sjukvårds*marknad.

Ett ökat ansvar för patienters hälsa innebär ett nytt sätt att ersätta aktörer som levererar hälsa. Det är dels en fråga om vilka mått och indikatorer som bäst fångar patienters långsiktiga hälsa, dels också en fråga om vilket objekt som ska mätas. Ska resultaten mätas på individnivå eller aggregerad nivå? (Fernler et al., 2014). Dessutom: Finns det någon överlappning mellan hur leverantörens prestation ska definieras och patienters välmående? Såväl beställare av sjukvårdslösningar som leverantörer har som ambition att i större utsträckning röra sig mot resultatbaserade ersättningsmodeller.

Detta skifte i strategisk position och affärsmodell och dessutom sätt att ersätta prestation är förknippat med en rad olika risker som är nya för företaget. Till att börja med identifierade och diskuterade vi en *intern och organisatorisk risk* för företaget och dess ledning i och med att man ändrar riktning strategiskt. Vidare går det att identifiera en *politisk risk*, då de styr-

mått som uppmärksammas kan upplevas som etiskt tveksamma när patienters beteende kan komma att övervakas på ett nytt sätt. Därtill följer en *risk förknippad med teknik och leverantörer*, d v s det finns en risk att tekniken inte lever upp till de krav på tillförlitlighet och reliabilitet som krävs, samtidigt som företaget ökar sitt beroende på sina leverantörer för att nå de överenskomna resultaten som leder till ersättning. Det finns också risker förknippade med *kunder*: Dels identifierade vi *beteendemässiga risker*, då det är omöjligt att helt styra och påverka patienters beteende, dels *urvalsmässiga*, eftersom landstinget primärt är den aktör som väljer kunder till det företag eller organisation som ansvarar för det slutgiltiga resultatet. Slutligen, går det att se risker med de *ersättningsmodeller* som finns tillgängliga idag. Vilka incitament skapas genom att utforma ersättningsmodeller på ett visst sätt? Det finns vidare en inbyggd skillnad mellan de olika ekonomiska systemen hos beställare och utförare, då det är olika ekonomiska och styrmässiga logiker som möts.

För det enskilda företaget innebär det att hantera dessa nya typer av risker som uppstår i och med införandet av en ny strategisk position och en ny affärsmodell. För offentliga aktörer blir en central fråga hur man ska balansera mellan att ta risk och distribuera risk till aktörer - som i sin tur kan göra vinst. Vi ser hur riskerna i Kaplan och Mikes (2012) termer tenderar att bli såväl externa som strategiska. En stor del av affären blir att hantera de risker som uppstår i nätverket kring företaget och tjänsteutförandet. Företagen måste alltså hantera nätverket (och dess aktörer och resurser) i tid och rum, eftersom värdet visserligen skapas i interaktionen med vårdutförare men många gånger realiserar först i framtiden.

När man fokuserar på ett framtida värdeskapande av tjänster blir kundens sätt att agera avgörande, eftersom det är där värdet slutligen realiserar. Dock är det inte självklart hur det monetära fördelandet av det realiserade värdet ska se ut. Här finns utrymme för politiska diskussioner och för de enskilda företagen och för investerare går det att identifiera politiska risker beroende på vilken majoritet som styr landet.

Om inget förändras i behandlingen av sjuka individer och grupper av sjuka individer i framtiden, vad händer då? För de offentliga aktörerna, som i hög utsträckning står för risk och kostnader, är det en uppenbar risk att situa-

tionen och kostnadstrycket ökar i omfattning. För leverantörer av läkemedel och hälsa finns en fara i att man inte kommer att ha den kompetens och den förmåga att formulera utmaningar och leverera lösningar på problem som motparterna i dag arbetar med att själva formulera.

För att kunna påverka agendan och vara en trovärdig och aktiv part krävs det att relevanta projekt initieras och drivs framgångsrikt. Företagen måste visa sig beredda att ta risker både själva och gemensamt med den offentliga sektorn. För de enskilda individerna är risken stor att de även fortsättningsvis behandlas reaktivt, dvs när sjukdomar redan brutit ut och behandlingen består av att lindra symptom och förlopp. Med en sådan utgångspunkt blir utgången av sjukdomen svår att undvika, och kostnaderna blir i sin tur blir allt större, både för samhället och för den enskilda individen.

REFERENSER

- Bugg-Levine, A., Kogut, B. & Kulatilaka, N. (2012). A new approach to funding social enterprises. Unbundling societal benefits and financial returns can dramatically increase investment. *Harvard Business Review*, Jan-Feb, 2012.
- Fernler, K., Krohwinkel, A., Rognes, J. & Winberg, H. (2014). *Ekonomi på tvären. Ersättningsmodeller för samverkan – en vägledning*. Leading Healthcare, Stockholm.
- Hagbjer, E. (2012). *Internationella föregångare inom en sammanhållen vård och omsorg om äldre. En jämförelse av ersättningssystemens utformning*. Leading Healthcare, Stockholm.
- Håkansson, H. & Snehota, I. (1995). *Developing Relationships in Business Networks*. Routledge London.
- Kaplan R. & Mikes, A. (2012). Managing risks: A new framework. *Harvard Business Review*, June.
- Johanson, M. & Strömsten, T. (2005). Value Processes in Industrial Networks: Identifying the Creation and Realisation of Value. I Håkansson, H. & Johanson, J. (Red). *Managing Opportunity Development in Business Networks*, Palgrave Macmillan, Houndmills, Basingstoke, Hampshire and New York, 110-124.
- Johansson, S.-E. & Östman, L. (1995). *Accounting theory: Integrating behavior and measurement*. Financial Times/Prentice Hall.

- Osterwalder, A. & Pigneur, Y. (2010). *Business Model Generation: A Handbook For Visionaries, Game Changers, And Challengers*. Wiley.
- Porter, M. & Teisberg, E. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value Based Competition on Results*. Harvard Business School Press.
- Power, M. (2009). The risk management of nothing. *Accounting, Organizations and Society*. Vol. 34, 849-855.
- Tongur, S. & Engwall, M. (2014). The Business Model dilemma of Technology shifts. *Technovation*, Vol. 34. No 9, 525-535.
- Ullberg, E., Rodriguez, E. & Stormby, N. (2002). Risk Management: From portfolio strategy to value-creating systems strategy. *The Geneva Papers on risk and insurance*. Vol. 27, No. 3, 467-476.
- Vargo, S. L. & Lusch, R. F. (2004). Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. *Journal of Marketing*, Vol. 68, 1-17.
- Warner, M. (2013). Private finance for public goods. Social Impact Bonds. *Journal of Economic Policy Reform*. Vol 16. No 4, 303-319.