

"Betaling for kvalitet"

- Økonomiske incitamentter til fremme af kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet

Debatseminar

København den 15. maj 2008

Århus den 22. maj 2008

Anni Ankjær-Jensen og Louise Herbild



Oplæggets disposition

- Udenlandske erfaringer med ordninger, der belønner opnåelse af kvalitetsmål "Betaling for Kvalitet"
 - Pay for Performance i USA
 - Quality and Outcomes Framework i England
- Ordningernes udformning
- Diskussion
 - Fører betaling for kvalitet til bedre til en bedre behandlingskvalitet?
 - Har betaling for kvalitet utilsigtede konsekvenser?

Baseret på gennemgang af litteratur om undersøgelser, debat m.m.



Pay For Performance (PFP eller P4P) i USA

- Kort om det amerikanske sundhedsvæsen
 - Forsikringsfinansieret
 - Private forsikringer (HMO) og offentlige (Medicare/Medicaid)
 - Læger er (som oftest) ikke ansat på sygehuset
- Pay for Performance (PFP) indebærer at en forsikring belønner læger eller sygehuse for at opnå på forhånd opstillede kvalitetsmål



Et eksempel på et PFP program

- 3-årig forsøgsprojekt iværksat af Medicare og Medicaid rettet mod sygehuse (HQIP)
- Belønner 34 kvalitetsindikatorer inden for 5 indlæggelsesårsager:
 - Behandling for blodprop
 - Bypass operation
 - Hjertesvigt
 - Lungebetændelse
 - Udskiftning af hofte- og knæled



HQIP Eksempler på mål

- Behandling af blodprop, f.eks.: andel af målgruppen, der
 - får ordineret aspirin ved indlæggelse og udskrivning
 - får rådgivning om rygeophør
 - Dør under indlæggelse
- Bypass operation. f.eks.: andel af målgruppen, der
 - får ordineret aspirin ved udskrivning
 - får forebyggende antibiotika inden for en time inden operation
 - dør under indlæggelse



Hospital Quality Incentive Project (HQIP)

- Kvalitetsindikatorer
 - skal være anbefalede af anerkendte kvalitetsorganisationer (Joint Commission, CMC mm)
 - mange af indikatorerne indsamles og anvendes til andre formål (offentliggørelse af kvalitetsdata, monitorering af kvalitet)
- Deltagelse frivillig (forudsætter at man kan levere de fornødne data)



HQIP- beregning af bonus

- Sygehusenes samlede kvalitetsscore beregnes
- Sygehusene rangordnes efter score
- Belønning/Sanktion
 - Sygehuse med højeste score (10%) + 2% af DRG-værdien
 - Sygehusene i næsthøjeste gruppe (10-20%) + 1% af DRG-værdien
 - Sygehuse med laveste score (10%) – 2% af DRG-værdien
 - Sygehuse med næstlavste score (10% - 20%) – 1% af DRG-værdien



Risikojustering

- Faktorer, som er uden for sygehusets kontrol har indflydelse på behandlingsresultatet.
F.eks. bidiagnoser (diabetes, for højt blodtryk) og alder
- Derfor foretages der justering af for sådanne forhold ved beregning af samlet score. Sker ved hjælp af allerede registrerede data



HQIP - resultater efter 2 år

	Score ved forsøgets start (Oktober 2003)	Score ved udgangen af 2. år (Sept. 2005)
Blodprop (AMI)	87,5 %	94,4 %
Hjertefejl	64,5, %	82,4 %
Lungebetændelse	69,3 %	85,8 %
By-pass operation (CABG)	84,8 %	93,8 %
Knæ- og hoftealloplastik	84,6 %	93,4 %

Note: score beregnes som % af mulige point.



Generelt om Pay For Performance (PFP eller P4P) i USA

- Startede i det små i 1990'erne, efter 2000 i kraftig vækst
- I 2005 anvendte 52 % af alle HMO en eller anden form for PFP
- Hver forsikring anvender sin model, dog visse fællestræk
- Nyester udvikling
 - flere og flere mål
 - Indikatorer for omkostningseffektivitet



“The Quality and Outcomes Framework” (QOF) i England

- Indført i 2004 rettet mod praktiserende læger
- Det engelske sundhedsvæsen minder om det danske:
 - Offentligt finansieret
 - Underlagt staten (NHS)
 - Praktiserende læger selvstændige, der indgår overenskomst med NHS



QOF

- Omfatter 151 indikatorer inden for 4 områder:
 - Klinisk kvalitet
 - Organisatorisk kvalitet
 - Patientoplevelset kvalitet
 - Øvrige områder



QOF- Ti Fokusområder inden for klinisk kvalitet:

- Astma
- Kræft
- Hjerte-/karsygdom
- KOL
- Diabetes
- Epilepsi
- Forhøjet blodtryk
- Nedsat funktion i skjoldbruskkirtlen
- Psykisk sygdom
- Hjerneblødning



QOF Eksempler på kliniske kvalitetsindikatorer

Diabetes	Andelen af patienter med diabetes for hvilke sidste blodtryksmåling var på 145/85 mm Hg eller derunder.
Epilepsi	Andelen af patienter med epilepsi på 16 år eller derover der under administration af medicinsk behandling har været uden anfald indenfor de sidste 12 måneder.
Forhøjet blodtryk	Andelen af patienter med forhøjet blodtryk for hvilke sidste blodtryksmåling (indenfor de sidste 9 måneder) var på 150/90 mm Hg eller derunder.
Nedsat funktion i skjoldbruskkirtlen	Andelen af patienter med myxødem for hvilke thyredea-funktionstest er lavet indenfor de sidste 15 måneder.

QOF- beregning af bonus

- Hver indikator udløser et antal point afhængig af målopfyldelsen
- Der kan maksimalt opnås 1050 point
- Omregnes til £ ved hjælp af en kompliceret formel. Afhænger bl.a. af klinikstørrelse
- I 2005-2006 svarer 1 point i gennemsnit til 120£ for en klinik med 5500 patienter og 3 læger tilknyttet.
- Ikke risiko for indtægtsnedgang



QOF - eksklusion af patienter

- Ved beregning af målopfyldelse kan lægerne udelukke patienter.
- F.eks. patienter hvor en undersøgelse ikke er hensigtsmæssig (terminale kræftpatienter)
- Eller patienter der gentagne gange ikke dukker på til aftalt konsultation



Eks.:

Andel af astmapatienter til kontrol inden for de seneste 15 måneder:

$\frac{80}{100}$ har været til kontrol = 80%
100 astmapatienter i alt

Heraf ekskluderes 10 (på grund af bidiagnoser og/eller manglende Fremmøde)

Ny beregning:

$\frac{80}{90} = 88,9\%$
90



QOF- erfaringer

- Lægerne havde en gennemsnit en målopfyldelse på 95% (1003 ud af 1050) - mod forventet at 75%
- Typisk stigning i nettoindkomst på 23.000£ per læge (+30%)
- Et udtryk for kvalitetsstigning?



Sammenligning af de to ordninger

- Ligheder
 - Bygger på eksisterende, anerkendte kvalitetsmål
 - Omfatter indikatorer for struktur, proces, resultat og patienttilfredshed
 - Korrigerer for udefra kommende forhold (men på forskellige måder)
- Forskelle
 - Antal kvalitetsindikatorer
 - Størrelse af bonus
 - Økonomisk usikkerhed
- Det økonomiske incitament er stærkere i den Engelske ordning end i Medicares/Medic aids



Fører "betaling for kvalitet" til en bedre
behandlingskvalitet?



Undersøgelser af effekten af Medicares PFP

Studie	Indikatorer	Ændring i kvalitetscore Procentpoint		Forskel
		PFP hosp.	Kontrol	
Grossbart (2006)	AMI, Hjertefejl, Lungebet.	(n = 6) + 9,6	(n = 4) + 6,7	2,7 (P<0,001)
Lindenauer (2007)	AMI, Hjertefejl Lungebet.	(n = 207) + 9,5	(n = 406) +5,2	4,3 (P<0,001) 2,9* (P<0,001)
Glickman (2007)	AMI	(n = 54) + 7,2	(n = 446) +5,6	1,6 (P = 0,16)



Effekten af QOF i England

- Ikke undersøgt
 - Ingen før – efter målinger
 - Ingen kontrolgruppe
- Det kan ikke afvises at de flotte resultater skyldes
 - at lægerne allerede før opfyldte kvalitetsmålene, eller
 - at man har mulighed for at ekskluder patienter
 - "snyd" med registreringen



Konklusion

- Ikke noget entydigt svar på spørgsmålet:
- USA –en beskeden effekt, svært at afgøre om kvalitetsforbedringen skyldes PFP eller den almindelige udvikling (andre tiltag)-selvselekeret gruppe
- England ??



Har "betaling for kvalitet" utilsigtede
konsekvenser?



Utilsigtet prioritering

- Valg af indikatorer afspejler områder (patientgrupper undersøgelser), der ønskes opprioriteret
- Valget vil dog ofte afhænge hvad der findes indikatorer
- Risiko for nedprioritering af områder der ikke belønnes
- Derfor risiko for skævvridning mellem patienter



Patientselektering

- Udefra kommende forhold påvirker opfyldelsen af kvalitetsmål - Virke uretfærdigt på læger/sygehuse
- For at undgå modstand og for at undgå at sygehusene/lægerne fravælger risikopatienter indføres risikojustering
- Risikojustering som i England kan føre til ulighed



Opportunisme

- Snyd med registreringerne
- Undersøgelser/behandlinger på patienter hvor der er uhensigtsmæssigt (overbehandling)
- Udvalgelse af de "lette" patienter (cream skimming)

