

“Betaling for kvalitet”

Økonomiske incitamenter til fremme af kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet

Anni Ankjær-Jensen

Louise Herbild





"Betaling for kvalitet"

Økonomiske incitamentter til fremme af
kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet

Anni Ankjær-Jensen
Louise Herbild

Dansk Sundhedsinstitut
DSI rapport 2008.02

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2008

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 978-87-7488-555-9 (trykt version)

ISBN 978-87-7488-555-6 (elektronisk version)

ISSN 0904-1737

DSI rapport 2008.02

Omslag: Peter Dyrvig Grafisk Design

Grafisk design: DSI

Tryk: Danske Regioner

Forord

Der har været stigende fagligt, ledelsesmæssigt og nu også politisk fokus på kvalitet i sundhedsydelserne i Danmark og tilsvarende i udlandet. Inden for rammerne af den danske kvalitetsmodel udvikles således standarder for ydelsernes kvalitet og fra politisk hold ønskes offentliggørelse af indikatorer for kvaliteten, som blandt andet kan understøtte befolkningens valg af sygehus, læge eller udbyder mere generelt.

Men hvorfor ikke bare belønne god kvalitet med penge til sygehuset eller lægen? I USA har man gjort det i mange år, og i England begyndte man med det i praksissektoren for fire år siden. Nærværende rapport beskriver forskellige former for sådanne ordninger – Pay for Performance, samt forudsætninger for at de måtte virke efter hensigten og risici for uønskede konsekvenser. Rapporten gennemgår erfaringer med Pay for Performance i USA og England.

Spørgsmålet om Pay for Performance i sundhedsvæsenet dukker af og til op i Danmark også, og Dansk Sundhedsinstitut håber med denne rapport at bidrage til kvalificering af de drøftelser af denne form for kvalitetsudvikling, som vi er sikre på vil komme på dagsordenen fremover. Rapporten henvender sig således til alle politikere og ledere samt andre i det danske sundhedsvæsen, der beskæftiger sig med kvalitetsudvikling.

Rapporten er udarbejdet af cand.polit. Anni Ankjær-Jensen og cand.scient.san.publ. Louise Herbild. Lektor Kirsten Bregm, RUC og afdelingschef Frank Ingeman, Region Syddanmark har reviewet rapporten. Begge takkes for konstruktiv kritik og andre kommentarer.

Projektet er udarbejdet som led i samarbejdsaftalen mellem Danske Regioner og Dansk Sundhedsinstitut.

Dansk Sundhedsinstitut
Jes Søgaard
Direktør, professor

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resumé	7
1. Baggrund og formål	9
2. Teoretiske tilgange til økonomiske incitamenter	13
2.1 Principal-agent teorien	13
2.1.1 Udformningen af belønningssystemer	14
2.2 Andre teorier om motivation og incitamenter	16
2.2.1 Crowding-teorien	16
2.2.2 Teorien om "knægte og riddere"	17
2.3 Implikationer for økonomiske incitamenter i sundhedssektoren	17
3. Betaling for kvalitet i det amerikanske sundhedsvæsen	19
3.1 Introduktion	19
3.2 Opbygningen af det amerikanske sundhedsvæsen	20
3.2.1 Udbydere af sundhedsydelser	20
3.3 Pay For Performance	21
3.3.1 Forekomsten af PFP programmer i USA	22
3.4 Eksempler på Betaling for kvalitet i USA	23
3.4.1 Det californiske Pay for Performance program	23
3.4.2 Physician Group Practice	25
3.4.3 Premier Hospital Quality Incentive Project	27
3.5 Sammenfatning af de tre PFP programmer	29
3.6 Undersøgelser af de amerikanske initiativer	30
3.6.1 Undersøgelser af PFP programmets effekt	30
3.6.2 Holdninger til PFP programmer i sundhedssektoren	34
3.7 Sammenfatning af erfaringerne fra USA	36
4. Betaling for kvalitet i det engelske sundhedsvæsen	39
4.1 Introduktion	39
4.2 Opbygningen af det engelske sundhedsvæsen	39
4.3 Organisering og honorering af de praktiserende læger i NHS	40
4.4 The Quality and Outcomes Framework (QOF)	41
4.4.1 Implementeringen af QOF	44
4.5 Erfaringer med QOF initiativet	45
4.6 Diskussion af det engelske initiativ	47
4.6.1 Eksklusionsretten i QOF	49
4.7 Sammenfatning fra det engelske pay for performance system	50
5. Diskussion og sammenfatning	53
6. Konklusion	61
Bilag: Søgebeskrivelser	63
Litteratur	65

Resumé

Denne rapport indeholder en gennemgang af erfaringer fra hhv. England og USA med anvendelsen af økonomiske incitamenter til fremme af behandlingskvaliteten – eller som det benævnes i denne rapport: *Betaling for kvalitet*. Rapporten har beskrevet de pågældende landes ordninger, den litteratur og debat der har været samt de tilsigtede og utilsigtede konsekvenser, de pågældende ordninger har haft. Elementerne i ordningerne er diskuteret med afsæt i principal-agentteorien, suppleret af teorien om "crowding in/out" og teorien om "knægte og riddere".

I England findes en national ordning kaldet Quality and Outcomes Framework (QOF) rettet mod praktiserende læger, mens der i USA findes mange forskellige ordninger rettet mod såvel sygehuse som læger. Ordningerne i USA har fællesbetegnelsen Pay for Performance. Fælles for de gennemgåede ordninger er, at de alle belønner opnåelse af en række på forhånd specificerede kvalitetsmål. Kvalitetsmålene kan være indikatorer for hhv. struktur (f.eks. fysiske rammer), behandlingsproces (f.eks. diagnostiske tests) og behandlingsresultat (f.eks. dødelighed). Enkelte af de amerikanske ordninger omfatter derudover indikatorer for budgetoverholdelse og omkostningseffektivitet. Ordningerne indebærer typisk, at der på grundlag af yderens resultater på de udvalgte kvalitetsmål beregnes en samlet score, ud fra hvilken der beregnes en bonus. I USA er der tale om beskedne bonusudbetalinger, der ofte finansieres ved en omfordeling af ressourcerne, hvorimod der i det engelske sundhedssystem er satset kraftigere og tilført forholdsmæssige store summer.

Det er et fællestræk ved begge landes ordninger, at de på en eller anden måde søger at minimere de usikkerheder, der skyldes udefra kommende faktorer, som er uden for hhv. lægerne og sygehusenes kontrol, f.eks. visse patientspecifikke forhold. Der er søgt vidt forskellige løsninger på denne problemstilling i hhv. det engelske og det amerikanske sundhedsvæsen.

Den gennemgåede litteratur tyder på, at økonomiske incitamenter har en indflydelse på adfærden i sundhedsvæsenet, når blot incitamenterne er store nok. Litteraturen giver derimod ingen entydige svar på, hvorvidt *Betaling for kvalitet* har den *ønskede adfærdsændring*, nemlig en forbedring af behandlingskvaliteten. I England opfyldte de praktiserende læger hurtigt de opstillede mål. Men da der ikke forelå målinger af kvaliteten inden ordningens indførelse, og da der ikke er gennemført sammenligninger med kvalitetsudviklingen i en kontrolgruppe, kan det ikke afgøres, om der reelt er tale om en kvalitetsforbedring. Resultatet kunne i stedet skyldes forbedringer – eller ændringer – i dokumentationen. I USA er det dominerende indtryk fra kontrollerede studier, at kvalitetsforbedringen har været lige stor i både interventionsgruppen og i kontrolgruppen. Et forhold der muligvis kan tilskrives, at det kan være svært at udskille effekten af PFP fra andre kvalitetsfremmende initiativer.

I England har et af de største omdrejningspunkter for debatten været ordningernes utilsigtede konsekvenser, mens dette emne kun er sparsomt belyst i den amerikanske litteratur. I England er der fundet en række indikationer for, at *Betaling for kvalitet* har medført stigende ulighed. Hverken i den engelske eller den Amerikanske litteratur er der

fundet undersøgelser, der belyser om indførelse af systemer, der belønner udvalgte kvalitetsindikatorer, fører til en nedprioritering af indsatsen på områder, der ikke belønnes.

1. Baggrund og formål

Inden for de seneste 20 år har der både i Danmark og udlandet været et stigende fokus på kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet (se f.eks. Docteur 2003(1)). I forbindelse med strukturreformen er det således som noget nyt lovmæssigt blevet fastlagt, at regionsrådene og kommunalbestyrelserne skal sikre kvalitetsudviklingen af sundhedsydelserne (2). Af bemærkningerne til lovforslaget fremgår det, at *"sikring af kvalitet indgår som et naturligt led i det decentrale driftsansvar for sundhedsvæsenet"*(3).

Den voksende interesse for kvalitetssikring i Danmark har udmøntet sig i mange forskellige initiativer fra både politisk og sundhedsfagligt hold. Eksempelvist arbejdes der inden for rammerne af den danske kvalitetsmodel med udvikling af standarder for ydelsernes kvalitet, ligesom der foretages målinger af, om de opstillede standarder overholdes (4). Der bliver udarbejdet referenceprogrammer for behandlingen af forskellige patientgrupper (f.eks. Sundhedsstyrelsen 2007 (5)), og det forventes, at lægerne tilrettelægger patienternes behandlingsforløb i overensstemmelse med foreliggende evidens. Videre er der fokus på patientsikkerhed gennem forebyggelse af medicinske fejl (utilsigtede hændelser), og der har fra politisk side været et voksende ønske om, at indikatorer for kvaliteten i sundhedsvæsenet offentliggøres – ikke blot som en service overfor patienterne, men også for at forbedre patienternes muligheder for at vælge de behandlingssteder, der udviser den højeste kvalitet.

En alternativ – eller supplerende – måde at fremme behandlingskvaliteten på er ved anvendelsen af økonomiske incitamenter. Disse incitamenter består f.eks. i, at sygehuse eller læger, der opnår en række specificerede kvalitetskriterier, belønnes med en bonus.

I USA har forskellige forsikringsordninger siden starten af 1990'erne anvendt bonusordninger for at fremme særlige tiltag inden for bl.a. forebyggelse. Disse ordninger har senere udviklet sig til at dække et mere bredt spekter af kvalitetsindikatorer. Bonusordningerne benævnes *Pay for Performance* (PFP), og i 2005 havde over halvdelen af alle forsikringsselskaberne i USA en eller anden form for PFP ordning.

I England blev der i 2004 indført en ordning kaldet *The Quality and Outcomes Framework* (QOF), der er rettet mod praktiserende læger. Ordningen dækker i 151 kvalitetsindikatorer fordelt på ti diagnoseområder, der hver kan udløse et antal point. De deltagende praksis belønnes efter det opnåede antal point.

Økonomiske incitamenter har længe været brugt for at fremme et givent mål. I Danmark, såvel som i en række andre lande, er der således inden for de seneste 20 år blevet indført finansieringsformer, der belønner sygehusene for meraktivitet (aktivitetsbaseret finansiering). Eksempelvist indførtes i England i 2005 *"Payment by Result"*, hvor sygehusenes finansiering i vidt omfang baseres på den præsterede aktivitet (6). Og i 2004 indførtes takststyring af det somatiske sygehushusvæsen i Danmark. Dette indebærer, at mindst 20 % af sygehusenes bevillinger skal være baseret på den præsterede aktivitet (7; 8). Formålet med aktivitetsbaseret finansiering er at give sygehusene et

incitament til at øge aktiviteten¹. Tilsvarende kunne økonomiske belønningssystemer anvendes til at give sygehusene et incitament til at øge behandlingskvaliteten.

Anvendelse af økonomiske incitamenter bygger på en antagelse om, at en økonomisk belønning motiverer den person, belønningen er rettet imod. Det er imidlertid uvist, hvorvidt denne antagelse er korrekt. Inden for den teoretiske tilgang til anvendelsen af incitamenter blandt ansatte i sundhedsvæsenet arbejdes der bl.a. med antagelsen om, at andre mål, såsom faglige eller professionelle, i lige så høj grad – eller endnu højere grad – motiverer personalet. Det er således uvist, om brugen af økonomiske incitamenter rent faktisk har den ønskede effekt – og såfremt de har, hvorledes incitamentstrukturen og belønningen skal udformes, for at den ønskede effekt opnås. Anvendelsen af økonomiske incitamenter kan dog have utilsigtede konsekvenser. En sådan utilsigtet konsekvens kunne f.eks. udmøntes i, at en behandler – i forsøget på at nå det eller de opstillede kvalitetsmål – undlader at behandle visse risikopatienter. En anden utilsigtet konsekvens kunne være, at opmærksomheden fjernes fra områder som ikke belønnes.

Anvendelse af økonomiske incitamenter i sundhedsvæsenet rejser således spørgsmål som:

- ◆ Virker økonomiske incitamenter på sundhedsprofessionelle?
- ◆ Hvordan skal økonomiske incitamenter udformes?
- ◆ Hvilke utilsigtede konsekvenser kan der opstå?

Formålet med nærværende rapport er at belyse disse problemstillinger set i relation til indførelse af ordninger, der skal fremme kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet gennem anvendelse af økonomiske incitamenter – i rapporten benævnt som *”Betalings for kvalitet”*. Rapporten indeholder en gennemgang af engelske og amerikanske initiativer, samt de erfaringer disse har afstedkommet. Mulige tilsigtede såvel som utilsigtede konsekvenser af de pågældende ordninger er beskrevet og diskuteret. Som baggrund for en forståelse af anvendelsen af økonomiske incitamenter – samt deres potentielle tilsigtede såvel som utilsigtede konsekvenser – findes en kortfattet beskrivelse af forskellige teorier om motivation. Disse omfatter i overvejende grad principal-agentteorien, men også andre motivationsteorier i form af teorien om *”crowding in/out”* samt teorien om *”knægte og riddere i den offentlige sektor”* er inddraget.

Gennemgangen af de to landes erfaringer er baseret på eksisterende undersøgelser, rapporter m.v. fremfundet gennem en systematisk litteratursøgning. Denne er nærmere beskrevet i Bilag 1. Gennemgangen er afgrænset til at omfatte beskrivelser af ordningerne og undersøgelser af ordningernes konsekvenser. Tilsigtede såvel som utilsigtede konsekvenser af de to landes ordninger er alene belyst i det omfang, den eksisterende litteratur muliggør det.

Der findes mange forskellige ordninger i USA, og litteraturen om Pay for Performance er omfattende. Gennemgangen er derfor begrænset til at beskrive tre ordninger. Endvidere er gennemgangen af ordningernes konsekvenser begrænset til at omfatte randomiserede undersøgelser, eller undersøgelser hvori der indgår en kontrolgruppe.

¹ Vurderingen af effekten af disse finansieringsformer varierer (9; 8; 10).

Rapporten er afgrænset til at omfatte ordninger i de to nævnte lande. England er valgt, fordi det engelske sundhedsvæsen ligesom det danske er offentligt finansieret, og fordi organiseringen af den engelske praksissektor har mange lighedspunkter med den danske. USA er udvalgt på grund af den omfattende anvendelse af Pay for Performance systemer. Det er ikke undersøgt, om andre lande har ordninger, der indebærer en økonomisk belønning af kvalitetsudvikling.

Det først afsnit i rapporten gennemgår de forskellige teorier om motivation, og perspektiverer, hvilke implikationer disse teorier har for anvendelse af økonomiske incitamenter til fremme af behandlingskvaliteten i sundhedsvæsenet. Det efterfølgende afsnit beskriver de amerikanske erfaringer med Pay for Performance (PFP). Tre konkrete eksempler på ordninger er gennemgået, og dernæst er resultaterne af en række empiriske undersøgelser af den generelle effekt af PFP i USA beskrevet. Kapitel 4 gennemgår erfaringerne med The Quality and Outcomes Framework (QOF) i England. I rapportens afsluttende Kapitel 5 diskuteres erfaringerne fra de to lande set i lyset af de gennemgåede teorier om motivationer.

2. Teoretiske tilgange til økonomiske incitamenter

Formålet med dette afsnit er at give en overordnet introduktion til tre teorier, der beskæftiger sig med incitamenter, nemlig principal-agent teorien, crowding teorien og teorien om "knægte" og "riddere" i den offentlige sektor. For en mere detaljeret gennemgang henvises f.eks. til (11) (principal agent teorien), (12; 10) (crowding teorien) og (13) (teorien om knægte og riddere).

2.1 Principal-agent teorien

Anvendelse af incitamenter og belønningssystemer kan med fordel analyseres med udgangspunkt i principal-agent teorien. Principal-agent relationer opstår, når en organisation (et firma, en offentlig myndighed etc.) ønsker at uddelegere opgaver til en agent, f.eks. fordi agenten har en særlig specialviden, fordi det er en fordel med specialisering, eller fordi en person/organisation ikke kan overkomme at træffe alle beslutninger (11). Principalen og agenten har ikke nødvendigvis samme målsætninger. Principalen kan f.eks. have som målsætning at øge overskuddet eller at realisere andre mål, som organisationen arbejder for. Agenten kan have som mål at maksimere sin egen indkomst eller at minimere sin arbejdsindsats/maksimere sin fritid. Spørgsmålet er derfor, om agenten i tilstrækkeligt omfang varetager principalens interesser, f.eks. om agentens arbejdsindsats er stor nok.

Forskelle i viden blandt principal og agent, også kaldet informationsasymmetri, er et andet kendetegn ved et agent-principalforhold. Informationsasymmetrien, dvs. det forhold at agenten har en viden, som den anden part ikke har, hænger sammen med, at agenten jo netop er valgt, fordi vedkommende har en specialkompetence. Hertil kommer, at agenten via udførelsen af sine opgaver får adgang til viden, som principalen ikke har adgang til².

En mulighed for at sikre, at agenten arbejder i principalens interesse, ville være at udarbejde retningslinjer eller at opstille en kontrakt, som i alle detaljer beskrev, hvordan agenten skulle agere i alle tænkelige situationer. I praksis ville det dog ikke være realistisk. Dels fordi det ville være for ressourcekrævende, dels fordi principalen ville mangle den nødvendige viden (11) (jf. ovenstående om informationsasymmetri).

Andre måder, til at sikre at agenten handler i principalens interesser, kan være at monitorere agentens handlinger eller resultatet af agentens handlinger(14). Endelig kan principalen motivere agenten gennem belønning eller sanktion, f.eks. knyttet op på opnåelsen af visse målsætninger.

For at økonomiske incitamenter skal få en effekt, skal belønningen udformes, så den understøtter en eller flere af agentens målsætninger. Det er derfor en forudsætning, at den part, de er rettet imod, har som mål at øge sin indkomst. Ved anvendelse af (de rigtige) incitamenter, sker der således en samordning (alignment) af principalens og agentens interesser.

² Også principalen kan have en privat viden, som agenten ikke har.

Den asymmetriske information gør det vanskeligt at udforme den "ideelle kontrakt", der både maksimerer nytten for principal og agent. Kontraktudformningen vanskeliggøres af yderligere et usikkerhedsmoment, nemlig eksterne forhold som hverken agent eller principal har indflydelse på. Sådanne eksterne forhold kan påvirke resultatet af agentens indsats, og dermed i hvilket omfang principalens mål nås.

Den manglende information medfører fire typer af problemer i principal-agentforholdet: For det *første* det, at agenten er den eneste, der kender produktionsvilkårene ("skjult viden"). Agenten har f.eks. typisk kendskab til produktionsomkostningerne, mens principalen ikke har denne viden. Agenten er herved i en situation, hvor han kan forhandle en kontrakt, som ikke er optimal for principalen, f.eks. ved at overvurdere produktionsomkostningerne.

For det *andet* kan agentens handlinger oftest ikke umiddelbart observeres eller vurderes af principalen. Principalen kan altså ikke umiddelbart vurdere, hvor ihærdigt agenten forsøger at leve op til principalens mål om f.eks. at øge produktiviteten. Dette kan føre til opportunistisk handlen fra agentens side, hvilket også kaldes "skjult handlen".

For det *tredje* kan udefra kommende forhold påvirke resultatet af agentens handlinger. Dette påfører agenten en usikkerhed med hensyn til, hvilken belønning/straf han får, da resultatet ikke alene afhænger af hans indsats. Omvendt betyder dette også, at principalen ikke ved, om et manglende resultat skyldes manglende indsats fra agentens side eller udefra kommende forhold. Lav produktivitet på et sygehus kan f.eks. skyldes både dårlig arbejdstilrettelæggelse eller særligt ressourcekrævende patienter.

Sidst men ikke mindst kan den asymmetriske information indebære, at kun agenten – og ikke principalen – har mulighed for at gennemskue resultatet af agentens indsats. Inden for sundhedsvæsenet har principalen således sjældent mulighed for at bedømme, om et givet behandlingsresultat er det bedst opnåelige under de givne omstændigheder.

2.1.1 Udformningen af belønningssystemer

I følge Principal-agent teorien kan principalen således anvende incitamenter til sikre sig, at agenten handler i overensstemmelse med hans interesser. Spørgsmålet er imidlertid, hvordan incitamentssystemerne skal udformes, for at principalen får opfyldt sine mål. Incitamenternes udformning har nemlig betydning for, om – og hvordan – agentens adfærd påvirkes (15).

Hvilke kriterier belønnes?

Belønningssystemet skal være udformet, så de indikatorer/kriterier, belønningen udmåles efter, så præcist som muligt afspejler den adfærd og det resultat, principalen ønsker fremmet. Ofte kan det være vanskeligt at finde en målelig indikator for den adfærd, som principalen ønsker opnået. Hvis det mål, der ønskes fremmet, er en maksimering af virksomhedens overskud, er måleproblemet overskueligt. Hvis målet derimod er handlinger, adfærd eller andre ikke-fysiske output, kan der opstå problemer. I praksis vil det kriterium, man vælger at anvende, således ofte være bestemt af, hvad det er muligt at observere og måle.

Når man har valgt en indikator, er det desuden vigtigt, at målingen af agentens resultater er så nøjagtig som mulig. I modsat fald mister agenten tilliden til systemet, og incitamentets styrke svækkes.

Udover at de indikatorer, der vælges, skal være så præcise som mulige, skal de også være dækkende for agentens adfærd. Hvis ikke det er tilfældet, kan der opstå en række

utilsigtede konsekvenser. Ofte vil en organisation således have flere former for aktiviteter/output, og såfremt belønningen begrænser sig til nogle enkelte aktiviteter eller output, vil der være en fare for, at agenten kun lægger sin arbejdsindsats i de opgaver, der belønnes. Inden for sundhedsvæsenet kan belønning af behandlingsindsatsen for visse patientgrupper f.eks. føre til, at andre patientgrupper nedprioriteres. Samtidig kan output have flere dimensioner, nemlig både en mængdemæssig og kvalitetsmæssig. Hvis målingen f.eks. alene går på kvantiteten og ikke kvaliteten, kan resultatet blive, at kvantiteten øges på bekostning af kvaliteten. Disse overvejelser gælder også inden for sundhedsvæsenet, hvor en fokusering på belønning af antallet af behandlede patienter kan have negative konsekvenser for behandlingskvaliteten³.

Med mindre principalen vægter nogle opgaver højere end andre, skal det sikres, at gevinsten er ens for alle opgaver. I modsat fald risikerer principalen, at indsatsen koncentrerer sig om de opgaver, der giver størst udbytte. Omvendt skal belønningen også afspejle, hvis nogle opgaver er lettere at udføre end andre. Hvis ikke, er der en fare for at for, at indsatsen fokuseres på de mindst ressourcekrævende opgaver.

Hvad er belønningen?

Mens de resultatkriterier, der anvendes i et effektivt incitamentssystem, så præcist som muligt skal afspejle principalens nyttefunktion, skal belønningen til gengæld afspejle agentens nyttefunktion. Teorien om incitamenter bygger i vidt omfang på en antagelse om, at agenten har en positiv nytte ved at øge sin indkomst, men en negativ nytte ved at øge arbejdsindsatsen (16). Den vidtstrakte brug af økonomiske incitamenter afspejler således en generel antagelse om, at indkomstmaksimering indgår i agentens nyttefunktion. Denne antagelse er formentlig i de fleste tilfælde korrekt, ikke fordi indkomst i sig selv giver nytte, men fordi de goder, som agenten kan anskaffe sig gennem indkomsten, giver nytte.

Effekten af økonomiske incitamenter kan begrænses af, at andre målsætninger end indkomstmaksimering indgår i agentens nyttefunktion. F.eks. kan forfremmelse eller faglig anerkendelse (15) virke motiverende på en agent. Specifikt inden for sundhedsvæsenet, kan andre faktorer, som faglig prestige, virke motiverende – eller endda mere motiverende – end økonomiske incitamenter. Dixit (16) nævner, at for professionelle kan en sådan faktor være anerkendelse fra kollegaer. Ved en "professionel" forstås en person *"Who receives important occupational rewards from a reference group whose membership is limited to people who have undergone specialized formal education and have accepted a group-defined code of proper conduct"* (Dixit 2002 p:715(16)).

I henhold til det teoretiske udgangspunkt er der dog intet i vejen for, at et incitamentssystem kan bygge på andre former for belønning end økonomiske belønninger.

Hvor stor skal belønningen være, og hvem skal belønningen tilfalde?

Ved udformningen af et incitamentssystem skal det besluttes, hvor stor belønningen skal være. For at have en effekt skal belønningen som udgangspunkt dække agentens meromkostninger ved den aktivitet, der ønskes fremmet (17). F.eks. vil effekten af et incitament til at øge aktiviteten i sygehusvæsenet afhænge af, om belønningen dækker

³ Disse utilsigtede konsekvenser af ensidig fokus på monitorering af aktivitet, har man inden for sygehusvæsenet forsøgt at råde bod på ved indførelse af mere "holistiske" kontrakter, hvor man supplerer med måling af indikatorer for kvaliteten på behandlingsprocessen, f.eks. ventetider, komplikationer.

sygehusets meromkostninger ved den øgede aktivitet. Men hvis den aktivitet, man ønsker at fremme, er dækket af det budget eller den afregning, som yderen i forvejen får, vil meromkostningerne være begrænsede. I det tilfælde vil agentens meromkostninger være begrænsede eller nul, og belønningen skal snarere betragtes som en gulerod.

Økonomiske incitamenter kan udformes, så de i varierende grad påfører yderen budgetusikkerhed. Mindst usikkerhed giver en bonus, som udbetales, hvis agenten når nogle på forhånd fastlagte kriterier. Budgetusikkerheden opstår, hvis yderen kan risikere at få reduceret sin betaling, fordi en nedre grænse af kriterierne ikke er nået. Endnu større budgetusikkerhed opstår, hvis fast bevilling erstattes af betaling i forhold til det præsterede resultat.

Usikkerheden omkring belønningens størrelse skyldes, at agenten ikke altid kan kontrollere, om kvalitetskriterierne nås, fordi udefra kommende forhold påvirker resultatet. Dette kan have den konsekvens, at agenten helt vil modsætte sig kontrakten, eller at agenten vil kræve en kompensation for den påførte usikkerhed. Disse meromkostninger for principalen skal således vejes op mod den forventede gevinst af de økonomiske incitamenter (18).

En måde at minimere risikoen på er at indføre en risikojustering (risk adjustment), hvor agenten godskrives for nogle af de omkostninger, der er knyttet til usikkerheden (11). Risikojustering kan f.eks. bestå i, at et sygehus får dækket omkostningerne ved særligt omkostningskrævende patienter (også kaldet outlierbetaling eller særydelsesbetaling). Risikoen kan også minimeres ved at justere for udefrakommende forhold, når agentens resultater vurderes og opgøres. Ved måling af behandlingsresultatet for et sygehus kan man f.eks. justere for patientens tilstand ved indlæggelsen på sygehuset.

Ofte vil et givet resultat ikke blot afhænge af en enkelt persons indsats, men af indsatsen fra en hel gruppe af personer. I sådanne situationer er det spørgsmålet, hvem resultataflønningen skal rettes mod: om det skal være gruppen som helhed (et sygehus, en afdeling, et team), eller om det skal være den enkelte medarbejder. Hvis aflønningen rettes mod en gruppe, kan det føre til et forbedret samarbejde indenfor gruppen (15; 11), men der kan også opstå det såkaldte "free-rider" problem, hvor den enkelte ikke gør sit bedste, men forlader sig på de andres indsats (18).

Principal-agent teorien bygger på en antagelse om, at mennesket er et rationelt og selvoptaget individ, der ønsker mest mulig velfærd og mindst muligt arbejde (handler som the "economic man"). I det følgende gennemgås to teorier, som bygger på alternative antagelser om, hvad der styrer individers handlinger. Ifølge disse teorier vil økonomiske incitamenter ikke nødvendigvis fremme, men kan tværtimod fortrænge, motivationen.

2.2 Andre teorier om motivation og incitamenter

2.2.1 Crowding-teorien

Agent-principal teorien bygger grundlæggende på en antagelse om, at *ekstern* belønning, hvad enten den er monetær eller ikke monetær, vil virke motiverende på en agent. Crowding-teorien bygger derimod på den antagelse, at individer besidder en *indre motivation*, og at ekstern belønning kan fortrænge (crowd out) den indre motivation (12).

Crowding-teorien opererer med to former for motivation, nemlig den indre motivation og den ydre motivation. Den *indre motivation* kendes på, at individet udfører en

handling uden ydre kompensation. Den indre motivation næres f.eks. af glæden ved arbejdet i sig selv, faglige normer eller stolthed ved udført arbejde. Den *ydre motivation* næres derimod af incitamenter tilført udefra f.eks. i form af resultatløn (10).

Vægtningen af de to elementer i nyttefunktionen vil variere fra person til person. Hertil kommer, at den enkelte persons vægtning af den indre og den ydre nytte kan påvirkes, f.eks. som følge af en ekstern belønning.

Videre antager teorien, at alle udefra kommende interventioner, dvs. både monetære belønninger og styringstiltag med deraf følgende sanktioner, kan påvirke den indre motivation. Den indre motivation kan enten blive forstærket (*crowd in*) eller den kan blive fortrængt (*crowd out*). Hvilken konsekvens, der opnås, afhænger af individets opfattelse af den eksterne intervention. Jf. teorien vil den indre motivation blive fortrængt, hvis interventionen opfattes som *kontrollerende*, mens den indre motivation derimod vil blive forstærket (*crowd in*), hvis interventionen opfattes som *understøttende* (19; 12).

2.2.2 Teorien om "knægte og riddere"

Teorien om knægte (knaves) og riddere (knights) har mange lighedspunkter med *crowding*. Teorien vedrører især motivationen hos offentlige ansatte, og bygger på en antagelse om, at de ansatte i den offentlige sektor agerer ud fra to forskellige motivationer; enten som knægte eller som riddere (13; 20). *Knægte* er selvoptagede individer, som kun er motiverede til at hjælpe andre, hvis de derved tjener egne interesser (svarende til principal-agent teoriens antagelser). *Riddere* er derimod uegennyttige individer, som er motiverede til at hjælpe andre uden egen fortjeneste, og som motiveres af andres nytte. Desuden er ridderens nytte positivt knyttet til størrelsen af de personlige omkostninger forbundet med at udføre en handling. Et individ kan være både en knægt og en ridder, afhængigt af hvilken aktivitet der konkret er tale om.

Som i teorien om intern motivation (Crowding-teorien) antages ydre påvirkninger, f.eks. politiske indgreb eller kontrollerende adfærd fra den overordnede ledelses side, at kunne demotivere den altruistiske motivation hos ridderne. En eventuel finansiel betaling for altruistiske handlinger kan således fortrænge den ridderlige opførsel, fordi den ødelægger individets følelse af opofrelse ved at udføre handlingen. En lav betaling (langt under individets omkostninger ved at udføre handlingen) vil dog styrke motivationen, mens en høj betaling, som nærmer sig individets omkostninger, vil fjerne motivationen. Bliver betalingen stor nok vil indtjeningsmuligheden dog motivere agenten, men nu vil motivationsfaktoren være ønsket om egennyttemaksimering frem for altruisme: den indre ridder er blevet fortrængt af en knægt (20).

2.3 Implikationer for økonomiske incitamenter i sundhedssektoren

De gennemgåede teorier om motivation peger på en række delvist modsatrettede implikationer for effekten af indførelse af *Betaling for kvalitet* i det danske sundhedsvæsen. I henhold til principal-agent teorien kan principalen (staten/regionerne) fremme et ønske om en forbedret behandlingskvalitet i sundhedsvæsenet ved at motivere sine agenter (læger og andre sundhedsfaglige personaler) gennem monetære belønningssystemer. Effekten af monetære belønninger afhænger dog af, om indkomstmaksimering indgår i personalets nyttefunktion samt af, hvordan indkomstmaksimering i givet fald vægter i forhold til andre mål som f.eks. faglig prestige.

I modsætning til principal-agentteorien siger "Crowding-teorien" og teorien om "knægte og riddere", at effekten af en ekstern belønning, hvad enten den er monetær eller ikke monetær, er tvivlsom. Dette skyldes, at den eksterne belønning kan fortrænge en indre motivation – eller en uegennyttig indstilling – hos de ansatte i sundhedsvæsenet. En ekstern belønning kan således fortrænge en indre motivation til at pleje og behandle de patienter, man har ansvaret for, med størst mulig omsorg og kvalitet.

Der er ligeledes uoverensstemmelse imellem teorierne vedrørende den optimale størrelse af eventuelle økonomiske belønninger. Ifølge principal-agent teorien skal den økonomiske gevinst som minimum dække agentens meromkostninger ved den ønskede adfærd. Ifølge Crowding-teorien og teorien om knægte og riddere skal fortjenesten derimod være så begrænset, at den alene opfattes som en anerkendelse og ikke som en egentlig betaling.

Beslutes det at anvende økonomiske incitamenter til at fremme kvaliteten, er der dog visse forholdsregler, der bør tages, når belønningssystemet udformes. For det første skal det sikres, at de kvalitetskriterier, som belønningen er baseret på, så nøjagtigt som muligt afspejler de mål, principalen ønsker at opnå. Hvis kvalitetsmålet er et givet behandlingsresultat, og det ikke er praktisk muligt at måle dette, kan mål for behandlingsprocessen i stedet anvendes. For at sikre at det oprindelige mål nås, skal de handlinger, der belønnes, rent faktisk føre til det ønskede behandlingsresultat.

For det andet bør de kvalitetskriterier, der vælges, være dækkende for agentens aktiviteter. Hvis ikke det er tilfældet, er der en fare for, at kvalitetsindsatsen alene rettes mod de udvalgte områder på bekostning af andre områder.

For det tredje bør belønningssystemet tage højde for, at behandlingsresultatet ofte ikke blot påvirkes af agentens handlinger, men også af udefrakommende forhold. Konkurrerende lidelser kan f.eks. påvirke behandlingsresultatet, og såfremt der ikke tages højde for sådanne udefra kommende forhold, er der risiko for, at yderen foretager en selektering blandt patienterne. Selektion blandt patienter kan også forekomme, hvis ikke det sikres, at bonus er ens for alle typer af patienter.

Endelig skal der ved udformningen af økonomiske incitamenter til fremme af behandlingskvaliteten på sygehuse træffes beslutning om, hvorvidt disse skal være rettet mod hele sygehuset/sygehusafdelinger eller mod den enkelte læge/sygeplejerske. Begge belønningsformer har fordele og ulemper.

3. Betaling for kvalitet i det amerikanske sundhedsvæsen

3.1 Introduktion

Dette kapitel gennemgår erfaringerne med anvendelse af økonomiske incitamenter til fremme af behandlingskvaliteten i det amerikanske sundhedsvæsen. Indledningsvist beskrives opbygningen af det amerikanske sundhedsvæsen, dernæst indholdet af de amerikanske ordninger, der kaldes Pay for Performance (PFP). Der findes mange forskellige ordninger i USA, men de har en række fællestræk, som beskrives. Der er dernæst beskrevet tre udvalgte eksempler på ordninger mere detaljeret. Til sidst i kapitlet gennemgås en række empiriske undersøgelser af de amerikanske ordninger generelt, såvel af ordningernes konsekvenser for behandlingskvaliteten som af sundhedspersonalets holdninger til ordningerne.

I det amerikanske sundhedsvæsen har man i de sidste 10-15 år i stigende omfang anvendt økonomiske incitamenter til fremme af behandlingskvaliteten (21; 22; 23; 24). Finansieringsmodellerne, der, som tidligere nævnt, går under fællesbetegnelsen *Pay for Performance* (PFP eller P4P), kan være rettet mod såvel lægepraksis som hospitaler.

Baggrunden for den tiltagende anvendelse af PFP er en voksende bekymring for kvalitetsstandarten i det amerikanske sundhedsvæsen samt en erkendelse af, at mange af de eksisterende finansieringsmodeller (f.eks. betaling pr. leveret ydelse) i et vist omfang modvirker tiltag, der skal fremme kvaliteten. På trods af stigende forsikringspræmier, og det faktum at 15 % af landets bruttonational produkt anvendes til sundhedsydelser, er der stor uoverensstemmelse mellem, hvad patienterne forventer, og hvad sundhedsvæsenet er i stand til at levere (Thrall 2004).

Anvendelse af økonomiske incitamenter til fremme af kvaliteten begyndte allerede i 1990'erne, hvor nogle Health Maintenance Organisations (HMO) indførte særlige honorarer til lægerne ved høj patienttilfredshed samt ved forebyggende undersøgelser som f.eks. mammografier (17). Siden år 2000 har der været en hastig vækst i udbredelsen af PFP. Denne vækst synes bl.a. at være initieret af alvorlig kritik af behandlingskvaliteten i det amerikanske sundhedsvæsen beskrevet i en rapport udgivet af Institute of Medicine⁴ (25; 26). Kritikken herfra rettede sig bl.a. mod manglende implementering af nye evidensbaserede behandlingsregimer, overbehandling, manglende anvendelse af informationsteknologi samt manglende sammenhæng i patientforløbene. Rapportens forfattere påpegede, at det amerikanske sundhedsvæsen sandsynligvis ikke ville formå at omstille sig til de ændringer, der var sket i behovene i sundhedsvæsenet fra hovedsageligt akut kortvarig behandling til behandling af patienter med kroniske lidelser. Rapporten mandede ud i en række anbefalinger til ændringer, der skulle fremme kvaliteten. Blandt anbefalingerne var, at de offentlige og private sundhedsordninger skulle gennemgå deres nuværende betalingsmetoder med henblik på at fjerne barrierer for

⁴ Institute of Medicine er en privat, non profit organisation, der rådgiver kongressen vedr. sundhedspolitik. www.iom.edu.

indførelsen af kvalitetsforbedringer samt indbygge stærkere incitament til kvalitetsfremme.

3.2 Opbygningen af det amerikanske sundhedsvæsen

Det amerikanske sundhedssystem er verdens dyreste, og udgifterne til sundhedsvæsenet udgør omkring 15,3 % af bruttonationalproduktet (27). Til sammenligning udgør udgifterne i Danmark 9,3 % (27).

Sundhedsvæsenet finansieres gennem private og offentlige forsikringsordninger. 84 % af befolkningen er dækket af en forsikring, heraf 60 % gennem arbejdsgiver, 9 % gennem en personligt tegnet en forsikring (f.eks. selvstændige) og 27 % gennem en af de to offentligt finansierede forsikringer for fattige, ældre, handicappede og børn. Der er et betydeligt overlap i disse tal, idet en person kan være dækket af flere forsikringsordninger. De resterende 16 % – eller 46 mio. amerikanere – er ikke dækket af en sygeforsikring, enten efter eget valg eller af økonomiske årsager(28).

De høje sundhedsudgifter er til dels forårsaget af, at forsikringerne tidligere passivt betalte de regninger, der kom fra de ydere af sundhedsydelser (sygehuse, læger m.m.), som deres forsikringstagere havde valgt at benytte. I et forsøg på at begrænse udgifterne – og forsikringspræmiernes himmelflugt – opstod der i løbet af 1990'erne en ny type forsikringsordninger, kaldet Managed Care organisationer (29). Disse Managed Care organisationer forsøgte at begrænse sundhedsudgifterne – bl.a. ved at indgå kontrakter med en fast gruppe af udbydere (læger og sygehuse). Forsikringstagerne var så forpligtede til at benytte disse ydere. Health Maintenance Organisations (HMO), som er én type af Managed Care Organisationerne, driver typisk egne primære og sekundære sundhedstilbud i form af sygehuse og klinikker, og ansætter egne læger og sygeplejersker. Patienter, der er tilknyttet en HMO, har en fast læge tilknyttet, der fungerer som henvisningsinstans (gatekeeper) til det mere specialiserede sundhedsvæsen. En anden type Managed Care organisation er de såkaldte Preferred Provider organisationer (PPO). PPOerne driver ikke selv sundhedstilbudene, men indgår aftaler med en række forskellige udbydere (læger og hospitaler) som forsikringstagerne skal benytte for at få dækning. Også indenfor PPOerne kræver visse typer af specialiserede behandlinger en henvisning for at blive dækket af forsikringen.

Managed Care princippet har været udsat for kritik, især fra lægelig side, fordi organisationerne rationerer sundhedsydelser, og således blander sig i forholdet mellem læge og patient (30).

Udover de mange private forsikringsordninger findes der to offentlige forsikringsordninger (29): Medicare, som dækker de ældre og Medicaid, som dækker de fattige og de handicappede. De amerikanske borgere, der ikke er dækket af nogen sygeforsikring, vil typisk tilhøre grupper, som ikke opfylder kriterierne for at være dækket af Medicare og Medicaid, men som på denne anden side ikke har råd til selv at betale en forsikringspræmie, f.eks. visse selvstændige eller personer uden beskæftigelse. Desuden består gruppen af ikke-forsikrede af personer, som ikke ønsker at være medlem af en sygeforsikring.

3.2.1 Udbyderne af sundhedsydelser

Udbyderne af sundhedsydelser er en blanding af offentlige og private organisationer. Lægerne er typisk selvstændige med egen praksis/klinik uden for hospitalerne. Kun meget få er ansat på sygehusene. I stedet "følger lægerne med" deres patienter, så-

fremt disse får behov for indlæggelse på et sygehus. Lægerne er oftest tilknyttet en større "lægegruppe" (Medical Group)⁵, som forsikringsselskaberne (Managed Care organisationerne) og de offentlige forsikringer indgår aftaler med. På samme måde laver forsikringsselskaberne aftaler med sygehuse, og disse – såvel som de forskellige lægegrupper – vil typisk have aftaler med flere forskellige forsikringsordninger.

Betalingen af udbydere foregår på mange forskellige måder. Hver forsikringsordning har typisk sin egen måde at betale sine ydere på (29). En måde er betaling pr. leveret ydelse (fee-for-service). En anden måde er et fast beløb pr. forsikringstager, der er knyttet til den pågældende udbyder (capitation). De offentlige sygeforsikringer (Medicare og Medicaid) indførte i slutningen af 1980'erne DRG-systemet til afregning af de sygehuse, de havde kontrakt med. Dvs. en på forhånd fastlagt betaling pr. udskrivning, afhængigt af hvilken diagnosegruppe patienten tilhørte⁶, men uafhængigt af de faktisk leverede ydelser.

De enkelte sygehuse og enkelte læger vil således typisk skulle håndtere mange forskellige afregningsformer afhængigt af, hvor deres patienter er forsikret, og hvilke forsikringsordninger de har indgået aftaler med.

3.3 Pay For Performance

Pay for Performance (PFP) er fællesbetegnelsen for en række bonusordninger i det amerikanske sundhedsvæsen. Ordningerne belønner udbydere af sundhedsydelser, f.eks. læger og sygehuse, som opnår en række nærmere specificerede kvalitetsmål. Ordningerne drives af såvel private forsikringsselskaber (forskellige HMO'er) som af de offentlige forsikringsordninger (Medicare og Medicaid). Da hver forsikringsordning har sin egen model, findes der mange forskellige typer af PFP modeller. I dette afsnit gennemgås nogle generelle træk ved de amerikanske modeller, mens efterfølgende afsnit indeholder en detaljeret gennemgang af tre konkrete PFP ordninger.

De tidlige PFP modeller var hovedsageligt rettet mod læger individuelt, og belønne de enkeltstående udvalgte mål, typisk indenfor forebyggelse og patienttilfredshed. De PFP modeller, der er indført efter 2000, retter sig fortsat mod den enkelte læge, men derudover også mod hele organisationer som f.eks. lægegrupper og sygehuse. De indeholder desuden et bredere spekter af kvalitets- og patienttilfredsheds mål.

De kvalitetsmål, der anvendes, kan være indikatorer for:

- ◆ *Struktur.* F.eks. fysiske rammer, administrative rutiner, informationssystemer.
- ◆ *Behandlingsprocesser.* F.eks. diagnostiske tests, behandlinger målrettet særlige patientgrupper eller forebyggende tiltag som screening.
- ◆ *Behandlingsresultater.* Målt ved f.eks. dødelighed eller antal genindlæggelser.

Den nyeste udvikling har været at inddrage indikatorer for *omkostningseffektivitet*. Disse omfatter bl.a. mål for reduktioner i unødvendig brug af dyre undersøgelser, reduktioner i unødvendig brug af dyr medicin eller reduktioner i antallet af indlæggelser.

⁵ Sammenslutninger af læger.

⁶ DRG-systemet har senere gået sin sejrsgang verden over – herunder Danmark – som en måde at finansiere sygehuse på. Men mens det i USA erstattede fee-for-service, har det i f.eks. Danmark erstattet rammestyring med fast budget uafhængigt af den præsterede aktivitet.

Andre mål for omkostningseffektivitet er anvendelsen af specifikke (evidensbaserede) behandlingsprogrammer for kronisk syge (24).

De kvalitetsindikatorer, der indgår i PFP, kan omfatte mål, der allerede anvendes og indsamles til andre formål, f.eks. til den løbende kvalitetsmonitorering fra forsikringsselskabets side. Et eksempel på dette er HEDIS, som er et sæt standardiserede kvalitetsindikatorer, der anvendes af mange af forsikringsselskaberne (om offentliggørelse af kvalitetsdata i USA, se f.eks. Christensen 2003 (31)). Der kan dog også være tale om, at udbyder og forsikringsselskab lokalt forhandler om de kvalitetsmål, der anvendes (23). Som oftest sker der en løbende udvikling af programmerne, hvor målene veksler fra år til år, afhængigt af hvilke indsatsområder der ønskes fremmet eller pga. den kliniske udvikling.

På grundlag af yderens resultater indenfor de forskellige kvalitetsmål beregnes en samlet score. Forskellige kvalitetsmål kan indgå med forskellig vægtning, og kriterierne for udbetaling af bonus varierer imellem forskellige ordninger. Nogle modeller er udformet, så der automatisk udbetales bonus, såfremt en vis grænse nås (*absolut honorering*). Andre modeller er udformet, så der kun udbetales bonus til de udbydere, der opnår den højeste score, f.eks. via honorering af de ydere, der ligger blandt de 10 % med de højeste scorere (*relativ honorering*). Alternativt kan bonus udløses, hvis der opnås en nærmere specificeret *forbedring* udenfor de fastlagte kvalitetskriterier. Andre eksempler på honorering er en bonus pr. udført aktivitet, f.eks. pr. børnevaccination eller pr. screeningsundersøgelse (*lineær honorering*).

De bonusbeløb, der betales, er ofte beskedne, og udgør kun en begrænset del af udbyderens samlede indkomst. Ofte er der tale om, at der ikke tilføres penge til ordningen, der i stedet finansieres ved, at der forlods foretages en reduktion i den samlede forsikringssum, der udbetales til yderne. Den herved dannede pulje omfordes herefter til de, der opnår de opstillede kriterier. En anden måde at finansiere bonusudbetalingerne på er via forventede effektivitetsgevinster.

3.3.1 Forekomsten af PFP programmer i USA

En stikprøveundersøgelse blandt private HMO'er gennemført i 2005 viste, at mere end halvdelen af alle HMO'er (52,1 %) anvendte en eller anden form for PFP (32). Også de offentlige forsikringsordninger (Medicare og Medicaid) har gennem en årrække, dog på forsøgsbasis, anvendt forskellige PFP programmer. Forsøgene er rettet mod lægepraksis, klinikker, hospitaler, plejehjem samt hjemmeplejen (33). Det er hensigten, at ordningerne skal gøres permanente, idet den amerikanske regering har pålagt Medicare at indføre en værdibaseret (value based) betaling af alle deres hospitaler fra 2009 (34).

Rosenthal (2004) har gennemgået forekomsten af forskellige typer af modeller i USA (35) og fandt 37 forskellige PFP programmer rettet mod såvel læger som hospitaler. De fleste af programmerne fokuserer på indikatorer vedrørende processer og strukturer, men mange inddrager også mål for patienttilfredshed – dog med en mindre vægtning. De indikatorer, der anvendes overfor lægerne, er oftest procesindikatorer udvalgt fra HEDIS-systemet. Over for hospitalerne anvendes derudover resultatindikatorer som dødelighed og antal genindlæggelser. Mål for produktivitet anvendes derudover parallelt med kvalitetsindikatorerne. Lidt over halvdelen af de gennemgåede programmer bygger på *relativ* honorering, dvs. at kun de ydere, der opnår de højeste scorere, modtager bonus. Bonus kan være i form af et beløb pr. måned pr. tilmeldt patient. Den samlede

bonus i de gennemgåede programmer strækker sig fra at udgøre mindre end 1 % af forsikringens samlede betaling til yderen til at udgøre 10 % af den samlede betaling.

3.4 Eksempler på Betaling for kvalitet i USA

I det følgende beskrives tre eksempler på PFP programmer. De tre programmer er udvalgt, så både en privat og en offentlig sygeforsikring er repræsenteret, og så både ordninger rettet mod sygehuse og læger er repræsenteret. Alle tre programmer er eksempler på "nyere" modeller, der dækker et relativt bredt spekter af indikatorer.

Ved gennemgangen vil der blive lagt vægt på en beskrivelse af, hvilke kvalitetskriterier de pågældende ordninger er baseret på, og hvilke kriterier der er for udbetaling af bonus. Desuden beskrives nogle foreløbige erfaringer fra de tre ordninger udarbejdet af de respektive forsikringsselskaber selv. Egentlige videnskabelige evalueringer af de amerikanske PFP ordninger generelt er gennemgået i det efterfølgende afsnit 3.6.

3.4.1 Det californiske Pay for Performance program

Det californiske pay for performance program er indført af en sammenslutning af seks private forsikringsselskaber i Californien kaldet *The Integrated Health Association* (IHA), og nedenstående beskrivelse af programmet er hovedsageligt baseret på en evalueringsrapport herfra (36).

Programmet, der ensidigt er rettet mod lægegrupper⁷, blev implementeret i 2003, og består i, at lægegrupperne kan få udbetalt en bonus, hvis de opfylder en række nærmere specificerede kvalitetsparametre, der er udvalgt i et samarbejde mellem dels forsikringsordningerne, dels repræsentanter for lægegrupperne og dels repræsentanter for patienterne (36). Programmets kvalitetsindikatorer er baseret på data, der i forvejen indsamles gennem HEDIS samt patienttilfredshedsundersøgelser, så deltagelse i programmet forudsætter ikke en tidskrævende implementering af nye registreringssystemer.

Programmet er baseret på tre grupper af kriterier: 1) kliniske kvalitetsindikatorer, 2) patienttilfredshed og 3) anvendelsen af informationsteknologi. De konkrete mål, der indgår under hver gruppe, varierer fra år til år, og der sker en fortsat udvikling af systemet. På grundlag af resultater inden for hver gruppe af kriterier foretages der en sammenvejning til en samlet score, idet hver af grupperne indgår med forskellig vægtning (36).

Halvdelen af de kliniske kvalitetskriterier omfatter mål for forebyggelse, mens den anden halvdel udgøres af mål for behandling af patienter med kroniske lidelser. Der er hovedsageligt tale om procesmål, men også enkelte resultatmål er inkluderet, f.eks. blodprøveresultater for patienter med forhøjet blodtryk. Derudover er mål for anvendelsen af informationsteknologi inkluderet, idet man har erkendt, at investeringer i informationsteknologi er en væsentlig forudsætning for at opnå de ønskede kvalitetsforbedringer.

Målene i IHA's PFP program for 2006 er vist i Figur 1.

⁷ Som beskrevet i afsnit 3.2 er lægegrupper en sammenslutning af læger.

Figur 1 Mål hos Integrated Health Care Association 2006

<i>Kliniske mål (vægtning: 50 %):</i> 1. Børnevaccination 2. Screening for livmoderhalskræft 3. Screening for brystkræft 4. Astma (management) 5. HbA1c Screening 6. HbA1c Kontrol 7. LDL Screening (patienter med hjerteproblemer og diabetes) 8. LDL Kontrol (patienter med hjerteproblemer og diabetes) 9. Screening for chlamydia 10. Passende behandling af børn med øvre luftvejsinfektioner
<i>Patientoplevelt kvalitet (vægtning 30 %):</i> 1. Tilgængelighed 2. Læge-patientkommunikation 3. Overordnet mål for behandling 4. Mål for koordination af behandlingen
<i>Mål vedrørende investering i informationsteknologi (vægtning 20 %):</i> 1. Integration af elektroniske datasæt inden for lægegrupper med henblik på forbedring af patient-koordinering af patientbehandling. F.eks. fælles patientdata. 2. Kliniske støttesystemer. Omfatter f.eks. a. Elektronisk receptudskrivning b. Elektronisk håndtering af laboratorieresultater c. Elektronisk håndtering af patientreminder

Kilde: (37; 36).

Erfaringer fra det californiske PFP program

Det er frivilligt at deltage i PFP programmet, og i løbet af de første to år steg antallet af lægegrupper, der deltog, med 38 % – fra 130 grupper i 2003 til 179 grupper i 2005.

I 2003 udgjorde den samlede udbetaling fra ordningen \$37,4 millioner, mens dette beløb i 2005 var steget til \$54 millioner. For de lægepraksis, der havde valgt at deltage i ordningen, udgjorde den udbetalte bonus mellem \$0 og \$4,5 pr. tilmeldt patient pr måned, svarende til 1,5 % af den samlede udbetaling fra forsikringsselskabet. Det er således ikke en særlig stor andel af lægernes indkomst, der er baseret på honoreringen fra programmet (36).

Det har været vigtigt for den sammenslutning af forsikringsselskaber (IHA), der indførte ordningen, at der er gennemsigtighed omkring denne, og derfor er oplysningerne, om hvad der er udbetalt i bonus til de enkelte lægegrupper, offentligt tilgængelige (36).

I hvert af ordningens første to år er der sket en stigning i den samlede score, om end det antages, at en del af stigningen skyldes forbedrede registreringer. Det er dog IHA's egen opfattelse, at en del af stigningen også skyldes en reel kvalitetsforbedring. Inden for de kliniske parametre sås der en stigning på gennemsnitligt fem procentpoint, og på patientoplevelt kvalitet en stigning på mellem tre og fem procentpoint. Den mest

dramatiske ændring skete inden for IT-kriterierne, idet antallet af lægegrupper, der var kvalificerede til at få bonus, steg med 54 %.

Det anføres i evalueringsrapporten fra IHA, at anvendelse af patientregistre over risikopatienter eller patienter med en kronisk sygdom, kombineret med beslutningsstøttesystemer, indebærer store muligheder for at forbedre behandlingskvaliteten for disse grupper. Resultaterne fra PFP programmet viser da også, at der er en stærk sammenhæng mellem forbedringer i de kliniske mål og investeringer i IT-programmer.

Fremtiden for det californiske PFP program

På grundlag af en evaluering af erfaringerne fra de første tre år er der bl.a. givet følgende anbefalinger:

- ◆ De økonomiske incitamenter skal øges, gerne således at de udgør op til 10 % af den totale honorering af lægepraksis.
- ◆ Antallet af kliniske kriterier skal udvides, bl.a. til at omfatte flere resultatmål, og til at omfatte mål for specialiseret behandling (for at få kvalitetsforbedringen til at dække et bredere område).
- ◆ Der skal indarbejdes kriterier for effektiv ressourceanvendelse (33).

3.4.2 Physician Group Practice

Physician Group Practice (PCG) er et treårigt forsøgsprogram iværksat af den offentlige sygeforsikring Medicare. Programmet er rettet mod de lægegrupper, der yder sundhedsydelser til patienter, der er dækket af Medicare. Programmets formål er at forbedre både kvalitet og omkostningseffektivitet ved hjælp af økonomiske incitamenter(38).

Lægerne modtager aktivitetsbaseret honorering (fee-for-service) af Medicare, men har derudover mulighed for at få udbetalt en bonus, der dels er beregnet på grundlag af nogle realiserede effektivitetsgevinster, dels på grundlag af opfyldelsen af kvalitetsmål.

Effektivitetskriterierne indebærer, at en lægegruppe belønnes, såfremt Medicares udgifter til sundhedsydelser (lægekonsultationer, indlæggelser m.m.) for de patienter, der er tilknyttet den pågældende lægegruppe, er mindst 2 % lavere end den forventede udgift (38). Kvalitetskriterierne omfatter 32 specifikke kvalitetsmål inden for fire grupper af kroniske sygdomme (diabetes, hjertesvigt, hjerte-karsygdom og for højt blodtryk).

Figur 2 viser nogle eksempler på de opstillede kvalitetsindikatorer.

Figur 2 Eksempler på kvalitetsindikatorer i Medicares PFP-forsøg: "Physician Group

<i>Diabetes (Vægt 22). I alt ti indikatorer, f.eks.:</i> - Kontrol HbA1c - Kontrol af blodtryk - Øjenundersøgelse
<i>Hjertesvigt (Vægt 13). I alt ti indikatorer, f.eks.:</i> - Måling af hjertefunktion - Måling af blodtryk - Behandling med Betablokker - Patientuddannelse
<i>Hjerte-karsygdomme (Vægt 10). I alt syv indikatorer, f.eks.:</i> - Medicinsk kolesterolsænkende behandling - Blodtryksmåling - Lipid profil - LDL kolesterol niveau
<i>Blodtryksforhøjelse samt div. forebyggelse (Vægt 8). I alt fem indikatorer, f.eks.:</i> - Blodtryks screening - Blodtrykskontrol - Brystkræft screening - Screening for tyktarmskræft

Kilde:(38).

På grundlag af resultaterne på hhv. kvalitets- og effektivitetskriterierne beregnes en samlet score for den enkelte lægegruppe, idet effektivitetskriterierne vægtes med 70 %, mens kvalitetskriterierne vægtes med 30 %. Det er hensigten, at ordningen skal kunne finansieres gennem de besparelser, Medicare forventer at opnå som følge af de deltagende lægepraksis' effektiviseringer.

Deltagelse i forsøget er frivillig, og blandt de lægegrupper, som har udtrykt ønske om at deltage, er i alt ti grupper blevet udvalgt. Disse ti dækker 5.000 læger og 220.000 forsikrede.

Foreløbige erfaringer

I en rapport til kongressen udarbejdet efter et år, præsenteres nogle foreløbige, erfaringer fra forsøget (38). I rapporten beskrives, hvilke initiativer de deltagende grupper har gennemført for at opnå de ønskede effektivitets- og kvalitetsmål. De deltagende klinikker har f.eks. implementeret en række evidensbaserede behandlingsprotokoller eller best-practice modeller til patienter med kroniske lidelser og terminale patienter, og disse understøttes af IT-systemer, som f.eks. kan udskrive tidsplaner og påmindelser (reminders) til lægerne. Andre tiltag omfatter specifikt en lille gruppe af patienter med et meget stort antal indlæggelser.

Ifølge evalueringsrapporten er det den generelle opfattelse blandt de deltagende lægegrupper, at en opfyldelse af målene har været resultatet af en indsats fra den samlede lægepraksis og ikke fra den enkelte læge. Derfor skal eventuelle bonusudbetalinger anvendes til forbedringer i klinikkerne, f.eks. til forbedringer i IT-infrastrukturen (eller dækning af allerede foretagne investeringer i IT-systemer) og ikke til honorering af den individuelle læge.

Det er derudover vurderingen blandt forsøgets deltagere, at de opstillede kvalitetsmål er relevante, men samtidig at de ressourcer, der medgår til at indsamle de krævede data, er større end forventet (data indsamles enten fra de regninger, som lægerne sender til Medicare eller fra elektroniske patientjournaler). Desuden mener deltagerne, at PFP muliggør udvikling af et effektivt sundhedstilbud med høj kvalitet – i modsætning til den nuværende finansiering, der er baseret på en betaling i forhold til antal leverede ydelser, og dermed ikke belønner kvalitet og effektivitet (38). Hertil skal det dog bemærkes, at der er tale om en selvselektet gruppe, som må formodes på forhånd at være positivt indstillet over for forsøget.

Evalueringsrapporten indeholder ikke en kvantitativ opfølgning på forsøget, idet der på evalueringstidspunktet endnu ikke forelå data, der kunne belyse konsekvenser for udgifter og kvalitet.

3.4.3 Premier Hospital Quality Incentive Project

Det PFP program, der beskrives i dette afsnit, drives også af Medicare, men til forskel fra det foregående program, der var rettet mod læger, er dette rettet mod hospitaler (39). Projektet, der benævnes *Premier Hospital Quality Incentive Project* (HQIP), er et treårigt forsøgsprojekt, der belønner opfyldelsen af 34 kvalitetsindikatorer inden for fem indlæggelsesårsager. De udvalgte kvalitetsmål, der er nøje afprøvet af velrenommerede amerikanske forsknings- og kvalitetsorganisationer, repræsenterer såvel behandlingsprocessen (f.eks. ordination af aspirin for patienter med hjertestop) som behandlingsresultatet (f.eks. dødelighed).

De fem indlæggelsesårsager, som programmet omfatter, er:

- ◆ Behandling af blodprop (AMI)
- ◆ Bypass operation (CABG)
- ◆ Hjertesvigt
- ◆ Lungebetændelse
- ◆ Udskiftning af hofte- og knæled (39).

Figur 3 viser eksempler på de kvalitetsmål, der indgår i HQIP:

For at være i overensstemmelse med de nationale anbefalinger, foretages der løbende visse justeringer i de kvalitetsmål, der indgår i projektet.

Programmet indebærer både belønning af de sygehuse, som opnår den højeste kvalitet, og en sanktion af de sygehuse som har den laveste kvalitet. Deltagelse i projektet er frivilligt og forudsætter, at sygehuset kan levere de nødvendige kliniske kvalitetsdata (39).

Sygehusenes performance beregnes for hver af de fem indlæggelsesårsager for sig. Dernæst rangordnes sygehusene efter den samlede score, og der sker en inddeling af sygehusene i ti-procents percentiler. De sygehuse, der ligger blandt de højeste 10 %, modtager en bonus på 2 % oven i den DRG-betaling, de har modtaget for den pågældende patientkategori. Sygehuse i den næsthøjeste percentil modtager en bonus på 1 % af DRG-betalingen. Efter afslutningen af den treårige forsøgsperiode vil sygehuse, som i perioden ikke er kommet over den laveste ti-procents percentil i nogen af årene,

få reduceret DRG-afregningen med 2 %, mens sygehuse, som ikke er kommet over den laveste tyve-procents percentil, vil få reduceret deres DRG-betaling med 1 % (39).

Figur 3 Eksempler på kvalitetsmål i Hospital Quality Incentive Project

<i>Behandling af blodprop, i alt ni mål. Feks.:</i> Ordination af aspirin ved indlæggelse og udskrivning Rådgivning om rygeophør Ordination af betablokker ved indlæggelse og udskrivning PCI inden for 120 min efter ankomst til hospital Dødelighed under indlæggelse
<i>Bypass operation, i alt otte mål. Feks.:</i> Ordination af aspirin ved udskrivning CABG ved anvendelse af (IMA) Forebyggende antibiotika inden for en time inden operation Dødelighed under indlæggelse Postoperativ blødning
<i>Hjertesvigt (heart failure), i alt fire mål. Feks.:</i> Funktionsmåling af venstre ventrikel Udskrivningsinstruktioner Rådgivning om rygeophør
<i>Lungebetændelse, i alt syv mål. Feks.:</i> Procentandel af patienterne, der modtager iltterapi (oxygenation assesment) inden for 24 timer efter indlæggelse Bloddyrkning inden behandling med antibiotika Rådgivning om rygeophør
<i>Udskiftning af knæ og hofteled, i alt seks mål. Feks.:</i> Profylaktisk behandling med antibiotika inden for 1 time før operation Postoperativ blødning Genindlæggelse inden for 30 dage

Kilde:(39).

Da behandlingsresultatet ikke blot afhænger af hospitalernes behandlingsindsats, men også af en række patientspecifikke forhold, som er uden for hospitalernes kontrol, sker der en såkaldt risikojustering af de enkelte sygehuses resultater i forhold til indikatorerne for behandlingsresultat. Risikojusteringen indebærer, at resultaterne korrigeres for forskelle i en række nærmere specificerede patientkarakteristika.

Erfaringer efter 2 år

I alt 276 hospitaler har valgt at deltage i forsøget, der gik i gang i 2003 (39). I forsøgets andet år fik 115 sygehuse udbetalt en bonus på i alt \$8,6 millioner En evalueringsrapport udgivet efter forsøgets andet år (39) viser, at der over perioden var sket en stigning i den samlede score inden for de fem sygdomme, som forsøget omfattede (tabel 1). Den samlede stigning var i forsøgets første år på 6,7 procentpoint og i det andet år på 11,8 procentpoint. Samtidig fremgår det af rapporten, at variationen mellem sygehuse formindskedes fra første til andet år.

Tabel 1 Gennemsnitlig score for de deltagende sygehuse de første år af PHQI

	Score ved forsøgets start (Oktober 2003)	Score ved udgangen af 2. år (September 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 udregnes som en procent af det maksimalt mulige antal point.
Kilde:(39).

3.5 Sammenfatning af de tre PFP programmer

Udformningen af de tre PFP programmer, der er gennemgået i det foregående, er sammenfattet i nedenstående skema.

Tabel 2 Eksempler på amerikanske PFP-programmer

	<i>The California Pay for Performance Program</i>	<i>Physician Group Practice</i>	<i>Hospital Quality Incentive Project</i>
Målgruppe	Læger	Læger	Sygehuse
Kriterier	Kliniske (10) Patienttilfredshed (4) It-investeringer (2)	Kliniske (32) Effektivitet (2)	Kliniske (34)
Kriterier for bonus	Grænseværdi (absolut honorering)	Grænseværdi (absolut honorering)	De 20 % højest placerede (relativ honorering)
Risiko for yder	Nej	Nej	Ja Reduktion af honorar for de 20 % lavest placerede
Bonus. Procent af samlede betaling fra forsikringen	1,5 %	Ved ikke	+ (1 % - 2 %) - (1 % - 2 %)
Finansiering af bonus	Ikke oplyst	Forventede effektivitetsgevinster	Omfordeling fra sygehuse med lav placering til sygehuse med høj placering

De tre ordninger giver et billede af, hvorledes de kliniske kvalitetskriterier, der anvendes overfor læger, hovedsageligt består af kriterier for behandlingsprocessen og særligt forebyggelse og behandling af patienter med kroniske sygdomme. Programmer rettet mod sygehuse omfatter i højere grad kriterier for behandlingsresultatet. De tre eksempler belyser desuden, hvordan kriterier kan omfatte patienttilfredshed, IT-investeringer samt effektivitetsmål.

Ordningerne giver også eksempler på, hvordan man, for at tage højde for at eksterne faktorer har indflydelse på resultatet, kan foretage risikjusteringer.

I alle tre eksempler er der tale om, at bonus er en ekstra belønning oven i den betaling yderen i forvejen får, hvad enten der er tale om ydelsesspecifik honorering (fee-for-

service) eller en forløbsspecifik honorering (DRG-takst). Bonus udgør dog ligeledes i alle tre ordninger en beskeden del af ydernes indtægtsgrundlag.

Forslagene til ændringer i den Californiske ordning kunne tyde på, at udviklingen i PFP går i retning af større bonus, en udvidelse i antallet af kriterier og anvendelsen af flere kriterier for effektivitet.

Forsikringsordningernes egne evalueringer af to af programmerne viser, at scorerne på kvalitetsparametrene er steget efter introduktionen af programmet. Stigningerne kan enten skyldes reelle kvalitetsforbedringer eller forbedringer i dokumentationen. I det omfang stigningen dækker over en reel kvalitetsforbedring, kan det imidlertid ikke med sikkerhed fastslås, hvorvidt stigningen skyldes de økonomiske incitamenter eller andre forhold, da der ikke er foretaget en sammenligning med udviklingen i andre dele af sundhedsvæsenet.

I alle tre programmer er det desuden frivilligt at deltage. Dette må antages at medføre en vis selektion blandt de, der vælger at deltage, således at disse ydere på forhånd er positivt indstillet over for kvalitetsforbedringer, hvilket må formodes at påvirke kvalitetsudviklingen i en positiv retning.

Ingen af de gennemførte evalueringer har undersøgt, om ordningerne har haft uønskede konsekvenser, som f.eks. at indsatsen for at nå de opstillede kvalitetsmål er sket på bekostning af indsatsen på andre områder.

Sammenfattende giver forsikringsordningernes egne evalueringer af de tre programmer ikke mulighed for entydigt at konkludere, om PFP programmerne har forbedret behandlingskvaliteten. Ligesom de gennemførte evalueringer ikke giver mulighed for at konkludere, om programmerne har haft utilsigtede konsekvenser. Disse og andre spørgsmål vil blive forsøgt besvaret i det efterfølgende afsnit, hvor en række uafhængige undersøgelser af amerikanske PFP ordninger vil blive gennemgået.

3.6 Undersøgelser af de amerikanske initiativer

Dette afsnit indeholder en gennemgang af empiriske undersøgelser af pay for performance programmer i USA generelt. Gennemgangen omfatter undersøgelser, der forsøger at belyse, om PFP har den ønskede effekt, samt hvilke eventuelle utilsigtede konsekvenser de pågældende måtte have. Derudover omfatter gennemgangen undersøgelser, der belyser sundhedspersonalet og især lægers holdninger til PFP programmer.

3.6.1 Undersøgelser af PFP programmets effekt

Effekten af de tidlige ordninger

De tidligste forsøg med anvendelsen af økonomiske incitamenter til fremme af kvaliteten rettede sig primært mod specifikke problemstillinger og indebar en belønning af en specifik indsats, f.eks. en deltagelse i børnevaccinationsprogrammer eller rådgivning om rygeophør. Målgruppen for de økonomiske incitamenter var ofte individuelle lægepraksis.

I en randomiseret undersøgelse fra 1999 (40) undersøges konsekvensen af et forsøg med økonomiske incitamenter for at øge dækningsgraden for børnevaccinationer. Den udbetalte bonus varierede fra \$772 til \$4.682 pr. lægepraksis. I de 18 måneder, forsøget varede, var der blandt både interventionsgruppe og kontrolgruppe en betydelig vækst i vaccinationsratioen. Der var imidlertid ikke nogen signifikant højere vækst i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Som mulig begrundelse for den mang-

lende effekt angiver forfatterne, at de økonomiske incitamenter var for små, at de deltagende læger ikke var opmærksomme på de økonomiske incitamenter, og at der generelt i den pågældende periode skete en udvikling på børnevaccinationsområdet (40).

Et andet studie (41) undersøger ligeledes effekten af indførelse af økonomiske incitamenter med det formål at øge dækningsgraden indenfor børnevaccinationer. Forsøget resulterede i en signifikant stigning i dækningsgraden hos interventionsgruppen sammenlignet med to kontrolgrupper, der enten blot modtog tilbagemeldinger om deres dækningsgrad, eller som modtog et højere honorar for vaccinationer. Stigningen kunne dog, ifølge forfatterne, for en stor dels vedkommende forklares ved en forbedret dokumentation af lægernes vaccinationsaktivitet (41).

Et andet indsatsområde, der har været genstand for økonomiske incitamenter, er rådgivning om rygestop. Et randomiseret forsøg (Roski 2003) undersøger effekten af indførelse af økonomiske incitamenter for at få lægepraksis til at rådgive om rygeophør. Målet med forsøget var, at lægerne skulle dokumentere rygestatus for patienter, der var ældre end 18 år, og de skulle derudover dokumentere at have rådgivet om rygeophør. Den udbetalte bonus for at have nået disse mål varierede mellem \$5.000 og \$10.000 afhængig af klinikens størrelse. Interventionsgruppen opnåede både en signifikant højere dokumentationsrate og en signifikant højere rådgivningsrate sammenlignet med kontrolgruppen. En opfølgning viste imidlertid, at den øgede indsats ikke havde nogen signifikant effekt på omfanget af rygeophør blandt patienterne.

Et randomiseret kontrolleret studie undersøger konsekvenserne af indførelse af en bonusordning for lægepraksis i forbindelse med deres patienters deltagelse i diverse kræftscreeningsprogrammer (42). Bonus varierede mellem \$570 og \$1.260 pr. lægepraksis. En sammenligning af screeningshyppighederne i interventionsgruppen med en kontrolgruppe af lægepraksis viste, at der ikke var signifikant forskel på de to grupper. Forfatterne peger på, at en mulig forklaring på den manglende effekt kan være, at de økonomiske incitamenter var for små (den pågældende HMOs patienter udgjorde kun en begrænset del af de pågældende lægepraksis' patienter). En anden mulig årsag kan være, at de deltagende læger ikke var opmærksomme på muligheden for bonus. Endelig har der i løbet af forsøgsperioden generelt været fokus på forebyggelse, hvilket kan have påvirket begge grupper af læger.

Et sidste eksempel på et program, der specifikt er rettet mod et enkelt sundhedsområde, har til formål at øge brugen af influenzavaccination. I et randomiseret studie (43) undersøges effekten af at indføre økonomiske incitamenter med henblik på at få lægepraksis til at øge andelen af patienter over 65 år, der vaccineres mod influenza. Efter et år steg dækningsgraden af vaccinationer i interventionsgruppen med 10 % mod 3,5 % i kontrolgruppen.

Effekten af nyere PFP programmer

De nyere PFP programmer retter sig mod et bredt spekter af kvalitetsmål og er ud over lægepraksis rettet mod institutioner som f.eks. sygehuse. Da der er tale om programmer, der er initieret for relativt få år siden, foreligger der endnu kun et begrænset antal undersøgelser af deres effekt. Der er dog fundet enkelte evalueringer, som her skal refereres.

Rosenthal (44) har undersøgt konsekvenserne af indførelse af et Pay for Performance program rettet mod lægepraksis i Californien. Bonus kan udgøre op til \$0,23 pr. må-

ned pr. tilmeldt patient, svarende til gennemsnitlig 0,8 % af den samlede omsætning i en typisk lægepraksis. En sammenligning af ændringen i tre kliniske parametre med ændringerne i en kontrolgruppe viste, at der i ordningens første 15 måneder kunne ses en forbedring i alle de udvalgte kvalitetsmål. Denne forbedring fandtes imidlertid både i interventionsgruppen og i kontrolgruppen. Kun for ét af de tre udvalgte kvalitetsmål havde interventionsgruppen en signifikant forbedret score. Analysen viste desuden, at forbedringen i performance var størst i blandt de lægepraksis, som ved forsøgets start havde haft den laveste score, mens udbetalingen af bonus var størst til lægepraksis, som havde det højeste niveau ved forsøgets start. Artiklens forfatter mener, at den begrænsede effekt af PFP programmet kan tilskrives, at den udbetalte bonus er for lav til reelt at virke som et incitament, desuden kan en forklaring være, at programmet kun havde virket i 15 måneder, og at en større effekt muligvis vil vise sig efter en længere periode.

Evalueringer af Medicares Pay for Performance program

Flere undersøgelser beskæftiger sig med effekten af det tidligere i afsnit 3.4 omtalte forsøg med Pay for Performance, som Medicare har iværksat overfor de sygehuse, der leverer ydelser til Medicares patienter (Hospital Incentive Project). Resultaterne fra disse undersøgelser er ikke entydige: Mens to af undersøgelserne konkluderer, at der er en – om end begrænset – positiv effekt på behandlingskvaliteten, konkluderer den tredje undersøgelse, at der ikke er en effekt af de økonomiske incitamenter.

Grossbart (45) undersøger kvalitetsudviklingen for fire hospitaler, der har valgt at deltage i Medicares PFP forsøg, med en kontrolgruppe der har valgt ikke at deltage. I analysen sammenlignes udviklingen i kvalitetsparametre inden for hjertesvigt, AMI og lungebetændelse. Sammenligningen viste, at begge grupper af hospitaler opnåede en stigning, men at forsøgssygehuse opnåede en signifikant større forbedring i den samlede score end kontrolgruppen. Der var dog store forskelle i udviklingen inden for de tre indsatsområder. Den mest markante forskel imellem de to grupper fandtes inden for hjertesvigt – en forbedring, der hovedsageligt kunne tilskrives øget indsats inden for kvalitetsindikatoren ”rådgivning ved udskrivning” (discharge instructions). Inden for AMI fandt man ligeledes, at forbedringen var større i forsøgsgruppen end i kontrolgruppen. Forbedringen var dog ikke signifikant forskellig mellem grupperne. Inden for det sidste område, nemlig lungebetændelse, var forsøgssygehuses forbedring derimod lavere end kontrolgruppens forbedring. Heller ikke her var forskellen dog signifikant. Forfatterne peger på, at den generelle stigning i kvalitetsparametrene kan skyldes, at der såvel på nationalt niveau som internt i hospitalsgruppen har været stærkt fokus på kvalitetsaspektet, bl.a. som følge af at mange HMO offentliggør kvalitetsdata for deres ydere (se f.eks. Christensen 2003, (31)). Det yderligere incitament, som følger af PFP programmet, har medført, at hospitalerne i forsøgsgruppen har gjort en ekstraordinær indsats, og dermed har haft en lidt større forbedring end de øvrige hospitaler.

En anden undersøgelse af effekten af Medicares PFP projekt (46) sammenligner ligeledes ændringerne i en række kvalitetsmål for sygehuse, der deltager i Medicares forsøg, med en kontrolgruppe af sygehuse. Denne undersøgelse viser i lighed med den foregående, at begge grupper af sygehuse opnåede en stigning i samtlige kvalitetsparametre. Stigningen var dog mellem 5,2 % og 4,1 % større for de sygehuse, der deltog i PFP programmet. Men når der kontrolleredes for forskelle i udgangssituationen samt

andre forskelle i de to grupper af sygehuse, blev forskellen reduceret til mellem 1,8 % og 2,8 %. Generelt var stigningen størst for de sygehuse, der havde det laveste udgangspunkt.

Den tredje undersøgelse af Medicares forsøg beskæftiger sig specifikt med effekten for patienter med AMI (47). I undersøgelsen sammenlignes resultater for sygehuse, der deltager i Medicares forsøg (i alt 54) med en kontrolgruppe på 446 sygehuse. Undersøgelsen viser, at begge grupper af hospitaler realiserer en stigning indenfor en række af de udvalgte kvalitetsmål, men at der ikke er nogen signifikant forskel mellem de to gruppers forbedringer. I lighed med andre undersøgelser fandt man i øvrigt, at kvalitetsforbedringen var størst for sygehuse, der havde det laveste udgangspunkt. Undersøgelsen bekræfter resultatet fra den tidligere gennemgåede undersøgelse af Grossbart (45), der heller ikke fandt en signifikant større forbedring i kvaliteten for AMI patienter for sygehuse, der deltog i Medicares forsøg sammenlignet med en kontrolgruppe.

Omkostningseffektivitet ved pay for performance

Der er kun fundet én analyse af omkostningseffektiviteten ved indførelsen af PFP (48). Analysen vedrører et specifikt PFP program, der omfatter 85 hospitaler i Michigan. Omkostnings-effektanalysen omfatter tre af PFP programmets kliniske kvalitetsindikatorer inden for hjerteområdet: ordination af hhv. aspirin og betablokker ved udskrivning af patienter, der har været indlagt med AMI, samt ordination af ACE-hæmmere ved udskrivning af patienter, der har været indlagt med hjertesvigt. I analysen sammenholdes programomkostningerne – opgjort som den samlede udbetalte bonus i relation til hjerteområdet plus administrationsomkostningerne – med den opnåede effekt opgjort i kvalitetsjusterede leveår (QALY)⁸. Beregningerne resulterer i omkostningseffektratio på mellem \$12.967 og \$30.081 pr. opnået QALY. Forfatterne konkluderer på den baggrund, at et pay for performance program kan være omkostningseffektivt, idet de fundne omkostningseffektratioer ligger inden for de grænser, der generelt accepteres i litteraturen.

Forfatterne peger på, at forudsætningerne vedr. behandlingseffekten er behæftet med usikkerhed, men er dog generelt af den opfattelse, at beregningerne er baseret på konservative antagelser. Yderligere peger forfatterne på, at PFP programmer ofte ikke indebærer "nye penge" til sundhedsvæsenet, men blot en omfordeling. Er dette tilfældet, omfatter programomkostningerne alene administrationsomkostningerne. Forfatterne erkender dog, at det ikke kan afgøres, hvorvidt forbedringen i kvalitetsindikatorerne skyldes PFP programmet, andre samtidige bestræbelser på at forbedre kvaliteten eller en kombination af de forskellige initiativer. En omkostnings-effektanalyse, der omfattede dette bredere aspekt og inddrog omkostningerne og effekt ved alle disse kvalitetsinitiativer, ville formentlig resultere i en højere omkostning pr. effektmål. Hertil kan det yderligere bemærkes, at den gennemførte omkostnings-effekt analyse ikke medtager resourceforbruget ved den forbedrede behandlingsindsats, f.eks. i dette tilfælde udgifterne til medicin, ligesom den ikke inkluderer eventuelle sparede behandlingsomkostninger som følge af effekten af den medicinske behandling. En indregning af disse afledte omkostninger ville kunne påvirke omkostningseffektiviteten i enten positiv eller negativ retning.

⁸ Vundne QALY beregnes dels på grundlag af ændringen i antal patienter, der har modtaget den medicinske behandling, dels deres vundne leveår og dels forbedringer i livskvaliteten som følge af de pågældende medicinske behandlinger.

3.6.2 Holdninger til PFP programmer i sundhedssektoren

Lægerne

Hvorvidt indførelse af økonomiske incitamenter fører til en forbedring af behandlingskvaliteten afhænger bl.a. af personalets holdninger til økonomiske incitamenter, herunder i hvilket omfang det sundhedsfaglige personale motiveres af økonomiske incitamenter (jf. rapportens indledende teoretiske Kapitel 2). I det følgende afsnit gennemgås derfor empiriske undersøgelser af lægers holdninger til PFP programmer.

Lægernes officielle interesseorganisation i USA, American Medical Association (AMA), er tilsyneladende positiv overfor PFP programmer. I en erklæring fra 2005 (49) udtales det således, at PFP programmer *“that are designed primarily to improve the effectiveness and safety of patient care may serve as a positive force in our health care system”* (AMA 2005 (49)). AMA opstiller dog en række principper, som organisationen mener bør overholdes, for at et PFP program er etisk og retfærdigt. Disse krav omfatter bl.a. at kvalitetsmålene:

- ◆ skal være evidensbaserede, men at der skal være plads til den enkelte læges kliniske vurdering i relation til den enkelte patient.
- ◆ skal understøtte læge/patientforholdet og bekæmpe barrierer i læge/patient forholdet begrundet af etniske, helbredsmæssige, økonomiske, demografiske og compliance-mæssige forhold.
- ◆ skal være baseret på frivillighed
- ◆ skal anvende præcise data og statistisk valide opgørelsesmetoder
- ◆ skal baseres på tilførsel af nye midler, og betingelserne for udbetaling af bonus skal være fuldt ud forklaret for de deltagende læger (49).

AMA lægger således vægt på, at anvendelsen af kvalitetsindikatorer ikke må erstatte den enkelte læges kliniske vurdering, og at PFP programmer ikke må føre til ulighed i adgangen til behandling. Samtidig lægger man vægt på, at programmerne skal være gennemskuelige og baseret på nøjagtige opgørelser. Endvidere skal programmerne være baseret på tilførsel af nye midler, således at programmerne ikke indebærer en økonomisk risiko for lægerne. Som beskrevet i det foregående kniber det især med at opfylde det sidste krav, idet mange programmer er baseret på omfordeling af midler.

De empiriske undersøgelser indenfor denne niche af diskussionen om PFP viser, at lægeforeningens officielle holdning ikke deles af alle læger. To spørgeskemaundersøgelser af lægers holdninger til PFP programmer (50; 51) finder, at lægerne som udgangspunkt mener, at økonomiske incitamenter er – eller kunne være – en god måde at fremme kvaliteten på. Men når det gælder de ordninger, som lægerne selv er omfattet af, er holdningen knap så positiv. En undersøgelse blandt læger under et PFP program i Californien (50) viser således, at de ikke mener, at ordningen påvirker deres kliniske adfærd. Generelt er lægerne mistænksomme overfor ordningerne, som de mener blot indebærer, at lægerne får udbetalt deres egne penge *“a take-away and give back masquerading as a bonus”* (Teleski 2006: 371(50)). Flertallet af lægerne har ikke noget indgående kendskab til det PFP program, de er omfattet af, men udtrykker dog tvivl om kvaliteten af de data, de bliver målt på. Med hensyn til eventuelle utilsigtede konse-

kvenser mener lægerne dog ikke, at der foregår selektion, og at nogle læger således ville forsøge at undgå patienter, som kunne påvirke deres performance negativt – ikke af moralske årsager, men fordi det ville være svært at identificere sådanne patienter.

Den anden undersøgelse af lægers holdninger til PFP programmer (51) er baseret på en spørgeskemaundersøgelse blandt en stikprøve af læger i Californien og Michigan, som alle er omfattet af et (eller flere) PFP programmer. Selv om lægerne overvejende er tilfredse med de kvalitetsmål, som ordningerne bygger på, er den overvejende holdning, at programmernes effekt på behandlingskvaliteten er begrænset, ligesom deres opfattelse er, at den bonus, der er til rådighed i programmerne, er for lille. Hertil kommer, at lægerne generelt har en ringe forståelse af detaljerne i det/de program(mer), de tilhører. Lægerne mener ikke, at indsatsen for at nå kvalitetsmålene har utilsigtede, negative konsekvenser for patienterne.

På linje med ovennævnte undersøgelsesresultater anføres det i et debatindlæg om PFP programmer i USA (17), at nogle læger modarbejder programmerne, fordi der ikke (som det anbefales af AMA) tilføres nye penge, men i stedet er tale om en omfordeling af penge. Samtidig peges der på, at PFP systemer kan modarbejde lægernes professionalisme, autonomi og jobtilfredshed. En anden konsekvens af PFP kan blive, at det påvirker patienternes forventninger, således at patienterne kun tror, at de får en ordentlig behandlingskvalitet, hvis lægen er omfattet af et PFP program (17).

De sygehusansattes holdninger til PFP

Sygehusansattes holdninger til PFP programmer synes at være mindre entydig end lægernes. Dette kan skyldes, at sygehuse er komplekse organisationer med mange forskellige interessenter, og at økonomiske incitamenter derfor kan udløse andre typer af adfærdsendringer (52). En interviewundersøgelse blandt sygehusansatte administratorer og læger viser således, at holdningen til PFP programmer varierer fra sygehus til sygehus (53). Undersøgelsen omfatter det tidligere nævnte PFP program fra Michigan (PHA) og konsekvenserne af PFP programmet inden for hjerteområdet. En stikprøve på ti hospitaler blev udvalgt, så forskellige udviklinger i performance over en periode på tre år var repræsenteret: strækkende sig fra hospitaler med permanente topscorer til hospitaler med permanente eller endda faldende scorer på hjerteområdet. Undersøgelsen viste, at motivationen til kvalitetsforbedringer, foranlediget af de økonomiske incitamenter, var vidt forskellig på de ti hospitaler. På to sygehuse spillede økonomiske incitamenter således en stor rolle, og der blev gjort en betydelig indsats for at forbedre kvaliteten på de valgte indikatorer. For de resterende sygehuse var meldingen imidlertid, at de økonomiske incitamenter ikke påvirkede kvalitetsindsatsen. Begrundelsen herfor varierede fra sygehus til sygehus. To af sygehusene var avancerede universitetshospitaler med konstante topscorer, og for dem var det først og fremmest ønsket om at være blandt de bedste, der drev deres kvalitetsarbejde, mens de økonomiske incitamenter havde en begrænset betydning. For fem hospitaler, som godt nok havde forbedret deres score over den treårige periode, var meldingen, at de økonomiske incitamenter ikke påvirkede deres kvalitetsudviklingsarbejde – enten fordi de ikke opfattede incitamentene som reelle, eller fordi incitamentene var for små. Det, der drev kvalitetsudviklingen, var i stedet en moralsk forpligtelse til at mindske sygelighed og dødelighed. På det sidste af de ti sygehuse, der var et lille lokalsygehus med en konstant lav score, var be-

grundelsen, at man ikke havde de nødvendige ressourcer til at implementere de nødvendige kvalitetsprogrammer og indsamle de fornødne data.

En forudsætning, for at PFP programmer kan få den ønskede effekt på kvaliteten, er, at sygehuset rent faktisk responderer på ordningen f.eks. ved at ændre i strukturen eller ved at ændre i nogle processer. En undersøgelse (52) af hospitalers respons på PFP viser, at 75 % af de hospitaler, der er omfattet af undersøgelsen, rent faktisk gør en indsats for at forbedre kvaliteten. Men undersøgelsen viser også, at det, der betinger om sygehuse reagerer på de økonomiske incitamenter, er, om ledelsen er engageret, og om lægerne er involveret⁹. Samtidig viser undersøgelsen, at responsen på PFP afhænger af den markedssituation, sygehuset befinder sig i. Sygehuse, som responderer på PFP, befinder sig ofte i markeder, hvor kvalitet er en konkurrenceparameter. Mens sygehuse, der befinder sig i markeder, hvor prisen er den væsentligste konkurrenceparameter, i mindre grad responderer på PFP¹⁰.

3.7 Sammenfatning af erfaringerne fra USA

De empiriske undersøgelser giver ikke noget entydigt billede af, hvorvidt PFP i USA har den ønskede effekt på behandlingskvaliteten. Blandt undersøgelserne af de tidligste programmer, som kun belønnede nogle få indsatsområder, tydede tre undersøgelser på en effekt, mens to undersøgelser ikke viste nogen effekt på kvaliteten. Undersøgelserne af de nyere programmer, som belønner et mere bredt spekter af kvalitetsmål, tyder på, at de har en – om end noget begrænset – effekt på behandlingseffekten.

Det er heller ikke muligt på grundlag af de foreliggende undersøgelsesresultater at konkludere, om sygehuse og lægepraksis responderer forskelligt på de økonomiske incitamenter. Seks af de gennemgåede undersøgelser omfattede lægepraksis, og heraf viste halvdelen en effekt. Tre undersøgelser omfattede sygehuse, og heraf viste to en begrænset effekt, mens den tredje, der omfattede patienter med AMI, ikke viste nogen effekt.

De gennemgåede undersøgelser angiver flere mulige forklaringer på den begrænsede effekt. For det første angives det, at de økonomiske incitamenter er for små, fordi der er tale om beskedne bonusbeløb. Denne forklaring understøttes af lægernes holdning til PFP programmer. Lægerne mener, at bonus er for lille, og at der blot er tale om en omfordeling af pengene. Problemstillingen med den forholdsvis beskedne bonus forstærkes yderligere af det specielle amerikanske forhold, at en læge/et sygehus kan betjene flere forsikringsordninger. Det kan medføre, at den gruppe, som en given ordning vedrører, kun omfatter en begrænset del af lægens patienter.

En anden mulig årsag til ordningernes begrænsede effekt er manglende kendskab og manglende tillid til ordningerne blandt lægerne. Mange læger har tilsyneladende ikke sat sig nærmere ind i det/de PFP programmer, de er omfattet af. Det forhold, at en yder kan være tilknyttet forskellige forsikringsordninger, der hver især har sine PFP programmer, kan i et vist omfang forklare det manglende kendskab. Hertil kommer det administrative merarbejde, der følger af at skulle rapportere til forskellige PFP programmer.

⁹ Som det fremgik af afsnit x, er kun få amerikanske læger ansat ved sygehuse. I stedet følger de med deres patienter, når disse indlægges på sygehuse.

¹⁰ I det omfang danske sygehuse befinder sig i en konkurrencesituation (f.eks. frit sygehusvalg), vil der være tale om en konkurrence på kvaliteten og ikke på prisen, da vi i Danmark benytter nationalt fastsatte priser (DRG-takster).

Effekten begrænses yderligere af, at nogle læger rejser tvivl om validiteten af de data, ordningerne er baseret på.

En tredje mulig forklaring på begrænset effekt er manglende forudsætninger for at leve op til kvalitetskravene. Der kan f.eks. være tale om manglende ressourcer til at understøtte kvalitetsudviklingsprocessen, manglende IT-støttesystemer eller manglende støtte til iværksættelse af kvalitetsudviklingsprogrammer.

Endelig kan årsagen til den manglende effekt være, at målet om indkomstmaksimering overskygges af andre målsætninger. Undersøgelserne peger således på, at læger og andre sundhedsfaglige tilsyneladende i højere grad motiveres af professionel anerkendelse og altruistiske mål som mindskelse af patienternes lidelser. Og ikke i så høj grad af mulighederne for at opnå en økonomisk gevinst.

Med til billedet af PFP i USA hører dog også, at nogle sygehuse rent faktisk responderer på PFP programmerne og gør en stor indsats for at forbedre kvaliteten. En indsats der bl.a. er betinget af, om der er ledelsesmæssig opbakning. At sygehuse og lægegrupper frivilligt melder sig til PFP programmer vidner desuden i sig selv om, at det blandt nogle ydere anerkendes, at økonomiske incitamenter er en af måderne at fremme behandlingskvaliteten på.

De gennemgåede empiriske undersøgelser viser, at behandlingskvaliteten forbedres over tiden, både hos de ydere, der er omfattet af PFP programmer, og blandt de udvalgte kontrolgrupper. Dette er et udtryk for en generel forbedring i behandlingskvaliteten, og kan tilskrives øget fokus på området i det amerikanske sundhedsvæsen. Udviklingen kan desuden skyldes andre initiativer som f.eks. offentliggørelse af kvalitetsdata og kravene om akkreditering af sygehuse. Det er med andre ord svært at udskille virkningen af de økonomiske incitamenter fra andre påvirkninger.

Ingen af de gennemgåede undersøgelser beskæftiger sig specifikt med utilsigtede konsekvenser af PFP programmerne i USA. Bortset fra en enkelt undersøgelse af de tidlige ordninger, som viser at effekten snarere skyldes forbedringer i dokumentationen end en egentlig kvalitetsforbedring, refereres der ikke eksempler på utilsigtede konsekvenser af de amerikanske ordninger. Det er således ikke muligt at konkludere om ordningerne har haft utilsigtede konsekvenser – og i givet fald hvilke. Ifølge lægernes egne udsagn har PFP ordningerne dog ikke haft utilsigtede konsekvenser for patienterne, måske fordi de økonomiske incitamenter er små.

En mulig utilsigtet konsekvens kunne f.eks. være, at opstilling af specifikke kvalitetsmål kunne resultere i, at indsatsen fokuserede på de udvalgte områder på bekostning af områder, der ikke blev belønnet. Ikke mindst de tidligere ordninger, der kun omfattede ganske få indsatsområder, kunne have som utilsigtet konsekvens, at andre områder blev nedprioriteret.

En anden mulig konsekvens af PFP programmerne kunne være selektion af patienter, hvor lægerne og sygehusene undgik patienter, hvor kvalitetsmålene var vanskelige at nå. Sådanne patienter kunne f.eks. være karakteriseret ved ikke at møde op til undersøgelser eller ved at have komplicerende lidelser. Et af de gennemgåede eksempler på PFP ordninger illustrerer dog, hvordan man gennem risikojustering forsøger at tage højde for patientspecifikke faktorer, som kan påvirke behandlingsresultatet og dermed bl.a. medføre en risiko for patientselektion.

4. Betaling for kvalitet i det engelske sundhedsvæsen

4.1 Introduktion

Dette kapitel indeholder en gennemgang af The Quality and Outcomes Framework (QOF), der er en bonusordning rettet mod praktiserende læger i England. Indledningsvist gennemgås opbygningen af det engelske sundhedsvæsen, idet der vil blive lagt særlig vægt på organiseringen og honoreringen af de praktiserende læger. Dernæst beskrives ordningens udformning og implementering. Efterfølgende gennemgås de erfaringer der er gjort med ordningen bl.a. omfanget af bonusudbetalinger. Afslutningsvist refereres den debat, der har været i England om QOF ordningen.

Anvendelsen af økonomiske incitamenter til fremme af behandlingskvaliteten er relativ ny i det engelske sundhedsvæsen. Og det på trods af, at det engelske NHS indenfor de sidste snart 20 år været igennem en række forskellige reformer og omstruktureringer, hvor økonomiske incitamenter i forskellige forklædninger er blevet brugt til at fremme konkurrence og aktivitet. I 1991 blev NHS således reformeret med en køber-sælger model som forbillede (54). Nøgleordene dengang var valgfrihed og konkurrence, og ideen var at skabe et indre marked for sundhedsydelser i lighed med et frit marked, hvor udbyderne er tvunget til at være lydhøre overfor forbrugerne. Ordningen blev i 1997 efterfulgt af en ny, hvor samarbejde, kontrakter og guidelines var i centrum, og hvor målopfyldelse blev honoreret, og det modsatte straffet (55; 54; 56). Kun tre år senere i år 2000 blev et *stjerne-system* tæt knyttet til økonomi, og budgetfrihed indført (55).

The Quality and Outcomes Framework (herefter QOF) blev introduceret den 1. april 2004 med det formål at højne kvaliteten indenfor den primære sundhedssektor (57; 58; 59). *Betaling for kvalitet* blev således introduceret i England, og det ensidige fokus på effektivitet og aktivitet blev flyttet over på kvalitet. Ordningen har afstedkommet en række evalueringer, der sammen med selve QOF-initiativet vil blive beskrevet mere indgående. Først vil opbygningen af det engelske sundhedsvæsen og organiseringen af de praktiserende læger, der har været genstand for QOF-initiativet, blive beskrevet nedenfor.

4.2 Opbygningen af det engelske sundhedsvæsen

Det engelske sundhedsvæsen *National Health Service* (NHS) blev etableret i 1948 (60) med det formål at sikre fri og lige adgang til sundhedsydelser baseret på behov og på ikke betalingsevne. Hele befolkningen har således fri adgang til sundhedsydelser, om end der, som i Danmark, er brugerbetaling på medicin, hos tandlægen samt optikeren. Systemet er skattefinansieret med offentlige sygehuse, der leverer de specialiserede ydelser, og privat praktiserende læger der fungerer som henvisningsinstans for adgangen til sygehuse og speciallæger (57; 58). NHS ligner således meget det danske sundhedsvæsen i dets opbygning.

Planlægningen og finansieringen af sundhedsydelser er udlagt til lokale *Primary Care Trusts* (PCTs), der både står for køb af hospitalsydelser og primære sundhedsydelser hos de praktiserende læger samt for driften nogle steder. PCTs har et befolkningsgrundlag på mellem 200.000-500.000 indbyggere og råder over ca. 80 % af NHS totale budget (60). Budgettet for sundhedsydelser fastlægges hvert tredje år, og de lokale PCTs får derefter tildelt ressourcer på baggrund af en fordelingsnøgle, der tager befolkningens størrelse, sammensætning og forventede behov i betragtning (57).

PCTs er underlagt og kontrolleret af *Strategic Health Authorities* (SHA), der udover støtten og kontrollen af PCTs har ansvaret for at varetage strategiske beslutninger omkring sundhedsvæsenets udbygning i lokalområderne, og at disse er i overensstemmelse med de nationale mål (60).

4.3 Organisering og honorering af de praktiserende læger i NHS

De praktiserende læger har ansvaret for at levere de primære sundhedsydelser til den gruppe af patienter, der er skrevet på den givne praksis' patientliste (61). Lægerne er typisk organiseret i delte praksis med gennemsnitligt tre læger og et patientgrundlag på 1.800 pr. læge (57).

Før 2004 var hver patient tilknyttet en enkelt læges liste, mens de i dag blot er knyttet til hele praksis (62; 61). Tidligere modtog lægerne et fast beløb pr. patient for dette, men betalingen er i stigende grad afhængigt af arten og omfanget af ydelser¹¹.

Den konkrete specificering af lægernes ansvar samt størrelsen af deres honorering er baseret på *The Great Medical Services Contract* (GMS), der er indgået mellem regeringen og lægernes interesseorganisation (*The British Medical Association*). Kontrakten blev indgået ved NHS's dannelse i 1948 og har kun gennemgået større revisioner to gange (i 1966 og i 1990) siden da (61).

En del af lægerne (42 % i 2004, (63)) er reguleret af en anden kontrakt: *The Personal Medical Services Contract* (PMS), der indgås for et specifikt lokalområde. Under denne aftale er størsteparten af lægerne ansat af de lokale PCT's og får en fast løn herfra (58).

GMS kontrakten er i modsætning til de lokale aftaler (PMS) nationalt dækkende og derefter risikojusteret på baggrund af befolkningssammensætningen for den enkelte læge.

Den sidste større revision af GSM kontrakten i 1990 medførte introduktionen af specifikke ydelseshonorarer for enkelte ydelser udover den allerede eksisterende patientbaserede honorering, der udgør den primære indtægtskilde for lægerne (59; 61; 63; 64). Disse ydelseshonorarer omfattede vaccinationer, præventionsvejledning samt screening for livmoderhalskræft (58). Resultaterne herfra var yderst positive med væsentlige forbedringer i dækningsgraden (63; 61).

Ved revisionen af GSM i 2003 blev andelen af ydelseshonorering øget med *The Quality and Outcomes Framework* (QOF), der blev introduceret den 1. april 2004 (57; 58; 59). Dette initiativ var ligeledes rettet mod praksis reguleret under PMS-kontrakten (59; 61) om end incitamenterne var knap så stærke som for praksis under GSM-kontrakten (63).

Udover den nye finansiering af de primære sundhedsydelser blev der med den nye GSM-kontrakt lagt op til langt større frihed og fleksibilitet for lægepraksis. Lægerne fik

bl.a. mulighed for "at byde ind" på en række mere specialiserede ydelser, som de kunne vælge at tilbyde ved siden af deres kerneydelser. De blev også pålagt nye opgaver, og for at imødekomme et rimeligt niveau for lægernes arbejdsbyrde blev det tilladt praksis at ansætte ekstra læger, sygeplejersker, fysioterapeuter og andre faggrupper, der kunne vurderes at være nødvendige. Tidligere har antallet af læger (med eget ydernummer) været reguleret på samme måde, som det er i Danmark, men dette blev ændret i den nye kontrakt (62). Den nye honorering er ligeledes ikke fagspecifik, hvilket således har fremmet udviklingen af en tværfaglig indsats i lægepraksis, hvor en række opgaver er lagt over til sygeplejersker og terapeuter for at frigøre de lægefaglige ressourcer (64).

4.4 The Quality and Outcomes Framework (QOF)

I forbindelse med implementeringen af QOF blev der udviklet 151 kvalitetsindikatorer, indenfor fire større områder efter hvilke praksis belønnes afhængigt af graden af målopfyldelse (pr. 1. april 2004 var der kun 146 indikatorer (65; 58; 66; 64)). Disse omfatter:

- ◆ Klinisk kvalitet (81 indikatorer)
- ◆ Organisatorisk kvalitet (56 indikatorer)
- ◆ Patientoplevelse kvalitet (4 indikatorer).
- ◆ Andre kvalitetsområder (10 indikatorer) (59; 62).

Klinisk kvalitet

Inden for den kliniske kvalitet er indikatorerne fordelt på ti fokusområder (62; 66; 61), som vist i tabellen nedenfor, hvor også eksempler på indikatorerne er vist.

¹¹ Den gradvise ydelsesspecifikke honorering blev introduceret allerede 1990.

Tabel 3 Eksempler på kliniske kvalitetsindikatorer for hvert af de ti fokusområder

Klinisk område	Beskrivelse	Point	Honorering*
Astma	Andelen af patienter med astma, der har været til kontrol indenfor de seneste 15 måneder.	0-20	25-70 %
Kræft	Andelen af kræftpatienter (diagnosticeret efter 1. april 2003) der har modtaget opfølgning indenfor 6 mdr. efter diagnosticering, inklusiv vurdering af støtte behov samt vurdering af sammenhæng med behandling i sekundær sektor.	0-6	25-90 %
KOL	Andelen af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom, der har fået bekræftet diagnosen ved spirometri og reversibilitets test.	0-5	25-90 %
Hjertesygdom	Andelen af patienter med hjertekarsygdom for hvilke sidste blodtryksmåling (indenfor 15 mdr.) var på 150/90 mm Hg eller derunder.	0-19	25-70 %
Diabetes	Andelen af patienter med diabetes for hvilke sidste blodtryksmåling var på 145/85 mm Hg eller derunder.	0-17	25-55 %
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.	0-6	25-70 %
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.	0-56	25-70 %
Nedsat funktion i skjoldbruskkirtlen	Andelen af patienter med myxødem for hvilke thyredea-funktionstest er lavet indenfor de sidste 15 måneder.	0-6	25-90 %
Psykisk sygdom	Andelen af patienter med svær langvarende psykisk sygdom revurderet indenfor de sidste 15 måneder, inklusiv en vurdering af nøjagtigheden af medicinering, fysisk helbred og en vurdering af koordinationen med behandling i sekundær sektor.	0-23	25-90 %
Hjerneblødning	Andelen af patienter med forbigående iskæmisk hjertesygdom eller hjerneblødninger, for hvilke de sidste målte serum kolesterol (indenfor de sidste 15 måneder) var 193 mg pr deciliter (5 mmol/l) eller derunder.	0-5	25-60 %

* Point bliver tildelt efter en stigende skala, f.eks. må praksis have vurderet mindst 25 % af alle registrerede patienter med astma for overhovedet at få nogle point i denne kategori og 70 % af patienterne eller flere for at opnå de maksimale 20 point.

Kilde: Doran et al. 2006 (63).

Indikatorerne er udvalgt på baggrund af eksisterende evidens (59). Der er opsat dels en række "proces indikatorer" i form af diverse kliniske målinger og behandlinger, f.eks. måling af blodtryk, samt en række "resultat indikatorer", der dækker over reduktionen af en række risikofaktorer, f.eks. kontrol af blodsukker, reduktion af blodtryk, reduktion af serumkolesterol mv.(61; 58). Herudover er der enkelte "struktur indikatorer", der angiver om praksis f.eks. har noget specifikt udstyr. For opfyldelse af en del af resultat- og procesindikatorer indenfor et givent behandlingsområde, må strukturindikatorerne for dette således først være opnået, for at den tilhørende *proces* kan udføres, og *resultatet* opnås (62).

Valget af de ti diagnoseområder, der er kommet i fokus under ordningen, er baseret på den sygdomsbyrde, de generelt udgør i den samlede befolkning. Indikatormålene for hvert enkelt område er fastsat i samarbejde med lægerne på baggrund af eksisterende evidens, således at der er enighed omkring deres relevans (58; 59).

Organisatorisk kvalitet

Organisatorisk kvalitet dækker over fem områder: 1) journaler og informationssystemer, 2) kommunikationen med patienterne, 3) uddannelse og træning, 4) medicinhåndtering, 5) klinik- og praksisforvaltning (62)(oversat red.).

Patientoplevelse kvalitet

I forhold til den patientoplevede kvalitet gives der point på baggrund af *udleveringen* af patienttilfredsheds-spørgeskemaer, som lægerne eller deres *Primary Care Trust* (PCT) giver til patienterne, samt i forhold til lægens egen rapportering af konsultationernes længde (58). Selve resultaterne fra tilfredshedsundersøgelserne har ikke betydning for opnåelsen af point og det er alene *udleveringen* af skemaerne, der tæller.

Øvrige kvalitetsområder

De øvrige kvalitetsområder dækker over nogle af de tiltag, der blev indført allerede i 1990, og omfatter vaccinationer, screening for livmoderhalskræft, rutinemæssige børneundersøgelser, graviditets- og fødselsforberedende ydelser samt prævention (62)(oversat red.).

Afregning for opnåelse af indikatorerne

Hver indikator udløser ved opnåelse et antal point. Disse er fastsat af komiteen bag initiativet, og er beregnet på baggrund af den formodede indsats, det har krævet at nå målet (59; 61). Denne arbejdsindsats er vurderet af to mindre grupper af læger (59). Resultat-indikatorerne giver generelt flere point end procesindikatorer, idet de formodes at have krævet en større indsats for lægen at opnå (61; 67).

Hver praksis kan score op til 1050 point. De 1000 point opnås på baggrund af høj klinisk kvalitet, organisatorisk kvalitet samt den patientoplevede kvalitet og de "øvrige" kvalitetsindikatorer fra 1990, mens de sidste 50 point opnås ved hurtig adgang til behandling (ventetid og åbningstider) (63; 61; 58). Tabel 4 viser fordelingen af point indenfor de forskellige områder.

Tabel 4 Kvalitetsscorekort

Indikator	Point
De ti kliniske fokusområder	550
Organisatorisk kvalitet	184
Øvrige: screening for livmoderhalskræft, børnevaccinationer, graviditet, prævention.	36
Patientoplevelt kvalitet	100
Bonus for tilgængelighed (konsultations ventetider, åbningstider)	50
Høje scorer på indikatorerne generelt	130
Maksimal pointscore	1.050

Kilde: Department of Health 2003(62).

De point, der opnås i praksis, omsættes til pund (£) gennem en kompliceret formel, der tager højde for prævalensen af de tilstande, der er omfattet af initiativet i den pågældende praksis' lokalområde, samt størrelsen af praksis. Hvert indikatorpoint var i 2004-2005 i gennemsnit £75 værd (62; 59; 64; 67) og i 2005-2006 var de £120 værd for en gennemsnitlig praksis med 5500 patienter og tre læger ansat (62; 61; 63; 59; 64; 67).

Eksklusion af patienter

Mange af de kliniske kvalitetsindikatorer beregnes som en andel (%) af given målgruppe, der modtager en given undersøgelse eller behandling (se Tabel 3). For at undgå at lægerne, i et forsøg på at nå de opstillede andele, behandler nogle patienter uhenigtsmæssigt (f.eks. behandler terminale kræftpatienter for højt blodtryk), har de mulighed for at ekskludere patienter fra deres beregningsgrundlag. Dette kan ske, hvis patienterne f.eks. ikke kan medicineres bedre, bør behandles for deres tilstand andetsteds eller med et andet fokus, samt hvis de udebliver fra konsultationer gentagne gange (62). Der er ingen grænser for, hvor mange patienter en læge kan ekskludere, men ved inspektion er det hensigten, at rimeligheden af eksklusionerne bliver kontrolleret (59). Denne såkaldte *eksklusionsret* har været noget af det mest omdiskuterede i forbindelse med initiativet.

4.4.1 Implementeringen af QOF

Implementeringen af QOF blev vedtaget i 2003 efter en afstemning blandt de praktiserende læger, hvor 80 % stemte for (64). Kun 70 % af samtlige stemmeberettigede valgte at afgive deres stemme. Tilslutningen til ordningen skyldes nok i høj grad det faktum, at ingen læger ville få reduceret deres indtjening som følge af forslaget (61; 59). Dvs. at der ikke er nogen risiko forbundet med at deltage i ordningen. Mulighederne for øget indtjening har været betydelige, selvom initiativet har betydet, at lægerne har skullet investere i og udbygge praksis i første omgang, f.eks. gennem etableringen af IT-systemer til registrering. Ved en af de første gennemgange for pointopnåelsen i 2004/2005 var der kun godt 500 ud af 18.000 praksis, der havde valgt ikke at indberette til ordningen (64).

For yderligere at minimere lægernes økonomiske risiko er afregningen af point planlagt til at foregå ad to omgange. Ved begyndelsen af året bedes de enkelte praksis vurdere, hvor mange point de antager at opnå i det pågældende år. På baggrund af dette skøn, udbetales der beløb svarende til en tredjedel af det forventede pointantal. Dette er gjort for at dække de løbende ekstra-omkostninger for praksis. Der er ikke sat noget maksimum eller minimum for, hvor højt eller lavt lægerne må skyde deres endelig

pointsum til at blive, men ved årets udløb betales eller tilbagebetales differencen til den opnåede pointsum (62).

Deltagelse i QOF har i de fleste lægepraksis krævet, at der blev ansat flere sygeplejersker og administrative medarbejdere samt udviklet IT-systemer til at håndtere de nye afregnings- og dokumentationskrav. Allerede forud for initiativet var der dog en tendens i retning af, at flere og flere praksis indførte elektroniske patientjournaler (63). Der blev ved initiativets vedtagelse desuden lovet det, der svarer til omkring 100.000 d.kr. i de tre første år af projektet til hver enkelt praksis – bl.a. for at dække etableringsomkostningerne (62).

For at undgå snyd med systemet er det blevet pålagt de lokale PCT at stå for kontrollen (59; 61). Dette har været nødvendigt for at sikre, at lægerne ikke misbrugte deres *eksklusionsret* i et forsøg på at opnå en større procentvis opnåelse af kvalitetspointene – og dermed honorering – end de reelt havde grundlag for. Denne inspektion vil dog blive foretaget af læger indenfor samme område, og det er uvist, hvor effektiv kontrollen vil være. Straffen ved snyd er dog af en anseelig størrelse (61).

4.5 Erfaringer med QOF initiativet

Det var ved indgåelsen af den nye kontrakt i forbindelse med QOF estimeret, at lægerne ville opnå omkring 75 % af de mulige point som følge af kvalitetsindikatorerne (64). Det var forventet, at en sådan grad af målopfyldelse ville have resulteret i en gennemsnitlig stigning i lægernes bruttoløn på £42.000, hvilket svarer til ca. 460.000 d.kr. pr. læge (64; 61). Den forventede grad af målopfyldelse viste sig at være kraftigt underestimeret, og initiativet har været væsentligt dyrere end antaget. Doran et al. (63) evaluerede i 2006 resultaterne af det første år med QOF. Ud af de 1050 point, der kunne opnås, opnåede den mediane praksis 1003 point (kvartiler: 948-1033)¹². Det svarer til en målopfyldelse på mere end 95 %. Heraf opnåede 230 praksis (2,3 %) det maksimale antal på 1050 point. Inden for de kliniske kvalitetsindikatorer opnåede 7,3 % af praksis det maksimalt opnåelige antal point (som var på 550), mens medianen lå på 532 (63).

Eksklusionsraten blandt patienter var generelt lav (median 6 %), men dette dækkede over praksis uden ekskluderede patienter til praksis der ekskluderede 85,8 % af deres patienter (63). Resultaterne fra inspektioner af disse eksklusioner er ikke offentliggjorte (63), men resultater fra andre evalueringer viser, at den enkeltfaktor, der har haft størst betydning for praksis' opnåelse af point, var deres eksklusionsrate. Et procentpoints' stigning i andelen af ekskluderede patienter forøgede således opnåelsesratioen med 0,31 % (66). På tværs af alle praksis fordeler eksklusioner sig indenfor de ti indsatsområder som vist i Tabel 5 nedenfor.

¹² Studiet omfattede 8105 praksis ud af 8576. Praksis blev ekskluderet fra datamaterialet, hvis patientgrundlaget var på under 1000 patienter (61 praksis), hvis praksis ikke havde nogen registrerede patienter (272 praksis), hvis data manglede (92 praksis) eller hvis praksisgrundlaget dækkede mindre end halvdelen af de patienter, der efterfølgende var rapporteret kvalitetsindikatorer for (109 praksis).

Tabel 5 Opnåelses- og eksklusionsrater

Sygdom	Rapporteret opnåelse	Eksklusionsrate
Astma	80,5 %	2,7 %
Kræft	91,7 %	-- *
Hjertekarsygdom	85,7 %	7,8 %
Kronisk obstruktiv lungesygdom	88,7 %	8,2 %
Diabetes	80,1 %	4,7 %
Epilepsi	84,2 %	-- *
Forhøjet blodtryk	81,0 %	0,9 %
Myxødem	96,0 %	0,8 %
Psykisk sygdom	93,2 %	9,5 %
Hjerneblødning	84,4 %	6,1 %
Samlet	83,4 %	6,0 %

* Eksklusionsrater kunne ikke udregnes.

** Kilde: Doran 2006 (66).

Andre karakteristika ved praksis, patienter og lokalområder der havde en signifikant effekt på graden af opnåelse af indikatorpointene var:

- ◆ Andelen af patienter tilknyttet praksis, der var hhv. enkeltboende forældre, lavindkomst-husstande samt ældre end 65 år påvirkede opnåelsen af point negativt.
- ◆ Opnåelsen af point var ligeledes lavere i praksis med en stor andel af læger, der var uddannet udenfor Storbritannien.
- ◆ Opnåelsen af point var generelt lavere i de større praksis, selvom der var større variation i opnåelsen af point i de mindre praksis.
- ◆ Opnåelsen af point var højere i praksis med en høj ratio af læger pr. patient, og mindre for praksis der var regulerede efter de lokale PMS-kontrakter. Disse effekter var dog relativt små (66).

Dette kunne tyde på, at QOF ikke formår at inkorporere indikatorer, der sikrer, at der tages vare på de resourcesvage grupper som f.eks. de enkeltboende forældre, lavindkomst-husstandene og de ældre, der traditionelt set er de resourcesvage grupper, der også hører til dem med det dårligste helbred – og dermed største behov. Initiativet er således også under anklage for at fremme uligheden i sundhed. Derudover peger resultaterne på, at systemet enten kan være svært at forstå for læger, der ikke er uddannet i Storbritannien, eller også er disse læger bare styret af andre incitamenter end de primært økonomiske.

Forud for initiativet var den typiske praktiserende læges indkomst på mellem £70.000 og £75.000 (63). Når de forøgede omkostninger forbundet med nyt udstyr og personale er fratrasket, forøgede QOF dette beløb med £23.000 for den gennemsnitlige læge (nettostigning). Så selvom lægerne har haft ekstra omkostninger forbundet med ansættelsen af ekstra personale samt etableringen af IT-systemer og ekstra klinikker, er disse så klart opvejet af den ekstra indtjening (63).

I det efterfølgende er elementerne i det engelske kvalitetsinitiativ QOF gennemgået med henblik på en uddybning af, hvilke incitamenter det har skabt, samt hvilke utilsigtede konsekvenser der har været til debat i den identificerede litteratur om initiativet.

4.6 Diskussion af det engelske initiativ

Med den afregningsform, der blev brugt forud for QOF, som stort set kun afhang af antallet af tilknyttede patienter, kan man sige, at lægerne blev straffet økonomisk ved at gøre en ekstra indsats, idet det formodes, at en ekstra indsats og høj kvalitet tager ekstra tid (65). Dette må betegnes som uhensigtsmæssigt, og QOF blev indført i et forsøg på at skabe de rette incitamenter til at underbygge kvaliteten i den primære sundhedssektor (64). Resultaterne ovenfor indikerer, at dette mål med initiativet er nået. Bag pointscorerne og opnåelsesgraden gemmer der sig dog en række andre konsekvenser, som er fulgt med.

Således er det tankevækkende, at så stor en del af praksis fik en så høj grad af mål-opfyldelse for indikatorerne allerede i systemets første år (64). Denne succes kan være forårsaget af forskellige ting. Først og fremmest kan det skyldes, at kvaliteten rent faktisk er blevet forbedret. For det andet kan den høje grad af mål-opfyldelse skyldes, at kvaliteten allerede forud for initiativet levede op til de opstillede mål, således at man ikke kan sige, at der er sket egentlige kvalitetsforbedringer. Endelig er det muligt, at resultaterne skyldes manipulation med systemet f.eks. gennem overdreven brug af eksklusionsretten. Eftersom der ikke eksisterer *status quo* målinger af kvaliteten i den primære sektor forud for initiativets implementering, vil det ikke være muligt at udrede, hvilken af de nævnte forklaringer der er den korrekte. Forskere indenfor området indikerer dog, at en del af de flotte resultater af QOF skyldes registreringsmulighederne og en bedre registrering i det hele taget (65).

Et generelt spørgsmål i forbindelse ved belønningssystemerne er, om de styrker eller modvirker den indre motivation, som det blev beskrevet i de indledende teoretiske afsnit. Et større kvalitativt studie af QOF (68) viste, at opfattelsen blandt lægerne var positiv, og at de følte, initiativet havde skabt de rette incitamenter uden at true det, som forfatterne til studiet kalder – og det der i vores teoretiske sammenhæng svarer til – den indre motivation. Hos praksis-sygeplejerskerne var holdningen dog en anelse mere skeptisk, og selvom de fagligt fik en ny glæde ved nye arbejdsopgaver og mål, så tilkendegav en del, at det øgede fokus på "afkrydsningen af bokse i registreringsskemaer" var lidt ubehageligt, og hos nogen havde skadet relationen til patienterne (68).

En del af debatten om QOF har drejet sig om de kvalitetsindikatorer, der indgår i programmet. Valget af indikatorerne er i vidt omfang baseret på eksisterende evidens og allerede udviklede mål for behandlingsoptimering (64). Systemet er derudover udarbejdet sammen med og i forhandling med de praktiserende læger. Dette har sikret systemets accept, men også medført at de rådgivende gruppers medlemmer har haft relativt meget at sige i forhold til valget af indikatorer.

"A major factor influencing the success of the scheme was that it focused on objectives that were important both to clinicians and managers" (Smith 2004:114) (58).

De valgte indikatorer afspejler imidlertid ikke nødvendigvis et reelt behandlingsbehov eller behandlingsefterspørgslen indenfor sygdomsområderne. Områder, hvor det er svært at fastsætte målbare kriterier, eller hvor interessen og forskningen er mangelfuld som f.eks. med de psykiske sygdomme, er således i risiko for at blive overset på trods af deres betydning i den daglige kliniske praksis (58). Det betegnes således som pro-

blematisk, at der for skjoldbruskkirtel-sygdomme er flere indikatorer og honorargivende point, end der er for hele kræftområdet (64). Mindre sygdomsområder er slet ikke inkluderet i systemet, og "ikke-målbare" elementer er ikke tilgodeset. Med så stærke incitamentsstrukturer er der risiko for, at hensynet til disse forsvinder i den daglige prioritering (58).

Derudover er der ikke taget hensyn til de godt 30 % af patienterne, der har flere samtidige sygdomme og dermed høj komorbiditet (64). En del af disse patienter ekskluderes blot fra lægernes opgørelser, idet dette har været måden at "risikojustere" på indenfor QOF. Der er dermed risiko for, at kvalitetsforbedringerne ikke kommer denne patientgruppe til gode.

Udformningen af QOF er blevet revideret for 2006-2007. Grænserne for den andel af indikatorer, der som minimum skulle opfyldes for at optjene point, er ændret, og det samme er tilfældet for den øvre grænse, efter hvilken pointtællingen ophører (67; 67). Derudover er 30 indikatorer ændret eller fjernet, mens 18 nye er kommet til. Der er bl.a. satset mere på indikatorer for depression, demens, indlæringshandicap, hjerteflimmer, nyresygdomme og fedme (65). Indikatorerne for organisatorisk kvalitet er desuden på vej væk i en erkendelse af, at de fleste praksis på nuværende tidspunkt opfylder en del af disse, og at det er mere hensigtsmæssigt med nye indikatorer på det kliniske område (69). Så kritikken med henblik på indikatorernes dækningsgrad må forventes at være imødegået i nogen grad.

Et andet debattemne har været tildelingen af point til de forskellige kvalitetsindikatorer. Der er argumenteret for, at QOF belønner omkostningseffektiv klinisk praksis gennem den måde pointsystemet er tilrettelagt (58). Der synes dog ikke at være konsensus om dette, og et studie fra 2006 har således set på sammenhængen mellem opnåelsen af point indenfor de forskellige kliniske områder og de sandsynlige helbredsgevinster ved en optimering af behandlingen af disse (59). Studiet konkluderer, at der ikke er nogen sammenhæng:

"Payments in the new contract do not reflect likely population health gain [...] There would appear to be no obvious relationship between pay and health gain".(Fleetcroft & Cookson 2006:30) (59).

I stedet foreslår forfatterne, at pointene bør afspejle omkostnings-effektiviteten ved de forskellige indsatser i forhold til antal vundne kvalitetsjusterede leveår (59):

"If improving population health is the primary goal of the NHS, then [QOF] incentives should be designed to reflect likely health gain rather than likely workload". (Fleetcroft & Cookson 2006:27) (59).

Argumentationen bag dette er, at QOF-initiativet har alternativomkostninger for befolkningen, både i form af penge der kunne være rettet mod andre interventioner, der havde givet et større afkast i form af helbredsgevinster, og i form af arbejdskraft der ligeledes kunne have givet mere sundhed for pengene end det nuværende initiativ (59).

4.6.1 Eksklusionsretten i QOF

Den nok største debat omkring QOF har været praksis' mulighed for at udelukke patienter fra dels pointsammentællingen og dels deres praksisliste.

Udelukkelse fra lægens praksisliste indbefatter, at en given praksis kan lukke for optaget af nye patienter, hvis der i forvejen er for mange patienter tilknyttet praksis. Dette er således nogenlunde magen til det system, der ses i Danmark, om end tilhørende honoreringssystem af lægerne er helt anderledes sammensat. I England er lægernes primære betaling nemlig kommet som et fast årligt beløb *pr. patient på lægens praksisliste* frem for at være afhængigt af antallet af konsultationer. Dette har i praksis betydet, at nogle typer af meget syge og/eller meget ressourcetsvage patienter var uønskværdige at have på praksislisten, fordi de var sværere at behandle, havde flere konsultationer, ikke dukkede op til aftalte tider osv. til sammenligning med den øvrige patientgruppe. Det har således været et anerkendt problem, at risikojusteringen indenfor lægernes praksis ikke har været god nok, og at det derfor også var svært at få lægerne til at nedsætte sig i praksis i mere belastede områder (58).

Implementering af QOF har ikke ændret på dette, men eftersom praksis nu har muligheden for at udelukke patienter fra pointsammentællingen og den kvalitetsafhængige del af indkomsten, reduceres størrelsen af problemet i en vis grad. Nogle mener således, at det nye system har imødekommet problematikken om lægernes modstand mod at nedsætte praksis i belastede lokalområder med ressourcetsvage borgere. (58).

Der kan dog argumenteres for, at hvis ovennævnte accepteres, så er det implicit accepteret, at der sker en samtidig tiltagende ulighed i sundhed som følge af QOF. Det har således også præget indholdet af størsteparten af studierne af QOF og den generelle debat af initiativet.

Det nye system kan være med til at øge uligheden i – om ikke i sundhed – så i hvert fald i behandlings- og/eller forebyggelsesindsatsen i den primære sektor. Dette skyldes muligheden for eksklusion ved *optællingen af kvalitetspoint*. Særligt hvis muligheden bruges (og accepteres) som compensation blandt læger, der arbejder i praksis i ressourcetsvage områder.

Sigfrid et al (70) har i et studie undersøgt sammenhængen mellem andelen af behandlede diabetespatienter i praksis samt fordelingen af patienter indenfor forskellige socioøkonomiske grupper efter implementeringen af QOF. De fandt, at der var en sammenhæng mellem eksklusionsraten blandt diabetespatienter og fattigdom, hvor fattigere lokalområder havde de højeste eksklusionsrater (70). Forfatterne angiver som den mulige forklaring, at ressourcetsvage patienter i mindre grad deltager i forebyggende initiativer, og i mindre grad følger behandlingsvejledninger, kommer til kontrolbesøg osv., hvormed lægerne får både muligheden og et incitament til at ekskludere dem fra deres indikatorgrundlag, når pointene skal tælles sammen (70).

Et andet studie påviste desuden forskelle i registrerede kvalitetsindikatorer mellem mere velhavende patienter sammenlignet med fattigere (71).

Der er gennemført en række studier af problematikken omkring eksklusionsretten, og hvorvidt denne fører til selektion. Disse studier har haft både positive og negative resultater (72; 73; 74; 75; 76; 70; 77; 78; 79). Hvis det er tilfældet, at eksklusionsretten medfører, at lægernes indsats primært rettes mod de ressourcestærke patientgrupper, der er lettere modtagelige for forebyggende initiativer og behandlingsvejledning (men som heller ikke i så høj grad har behov for behandlingsforbedringerne) (71), kan

det ses som en ny form for selektion (cream skimming) indenfor QOF initiativet. Hvorvidt de resourcesvage patienter blot ekskluderes fra opgørelserne i praksis, eller om de også unddrages den samme behandling som de øvrige patienter, er dog ikke påvist.

QOF belønner en hel praksis frem for de enkelte læger, hvilket formodes at skabe incitamenter for samarbejde og specialiseringer indenfor praksis. Med den nye GMS kontrakt kan lægerne således selv vælge indsatsområder til og fra, og kan ansætte andre faggrupper til at tage sig af mange rutinemæssige opgaver – herunder de administrative.

Oven i det har lægerne muligheden for yderligere at specialisere sig indenfor nogle sygdomsområder og tilbyde særlige ydelser indenfor disse (62), og da de lokale PCT har ansvaret for, at udbuddet af sundhedsydelser er dækkende, kan dette ikke betragtes som negativt. Til gengæld indebærer specialiseringen en risiko for, at lægernes kompetence nedkvalificeres indenfor visse områder, eftersom lægerne ikke længere er i kontakt med patienter med pågældende problemer/lidelser nær så ofte som forud for implementeringen af QOF (65).

Pointsatserne indenfor de forskellige sygdomsområder kan være en vigtig faktor, når lægerne vælger, hvilke ekstra ydelser de vil tilbyde.

Indførelsen af QOF har medført en betydelig administrativ byrde både mht. selve afregningen og også i forhold til kontrol. Systemet er baseret på selvrapportering, og det er derfor essentielt, at der bliver kontrolleret og straffet for snyd, hvis systemet skal virke efter hensigten (58). Derudover skal kvalitetsindikatorerne opdateres løbende, således at de følger den forskningsmæssige udvikling og tilrettelægges således, at uhensigtsmæssige konsekvenser minimeres.

Der er som følge af behovet for honorering og kontrol oprettet en stor database med data fra hver enkelt praksis, der har valgt at deltage i initiativet. Disse data er ikke personhenførbare, og på trods af at forskere i høj grad vil kunne have draget nytte af dette enorme materiale, er det valgt ikke at angive køn og alder på de patienter, der er omfattet i data (71). Systemet er i stedet baseret på sygdomsgrupper, hvilket betyder, at læger, der registrerer rygestatus for en patient med flere samtidige sygdomme, f.eks. diabetes og forhøjet blodtryk, vil optjene indikatorpoint for denne registrering i begge sygdomsgrupper (67).

Udover det administrative sigte med databasen, der i daglig tale kaldes QMAS, er det hensigten med denne, at de enkelte praksis på sigt skal kunne sammenligne sig selv med andre praksis indenfor hhv. samme PCT og SHA samt nationalt i forhold til opnåelsen af point, dog uden at kunne identificere de øvrige praksis (80). Kvalitetsdata er desuden blev gjort tilgængelige for offentligheden via Internettet. Dette har dog ikke givet anledning til væsentlig furore, men datamængden er også voldsom og uoverskuelig (64).

4.7 Sammenfatning fra det engelske pay for performance system

Det engelske forsøg har udvist flotte resultater, idet langt flere læger end forventet har opnået de opstillede kvalitetsmål. Modsat hvad der er tilfældet i USA, findes der imidlertid ikke undersøgelser af kvalitetsniveauet i praksissektoren før indførelsen af QOF. Og der er heller ikke gennemført sammenligninger af kvalitetsudviklingen blandt læger, der deltager i ordningen, med læger der ikke deltager. Det er således ikke muligt at afgøre, om ordningen har medført en reel forbedring i kvaliteten, eller om kvaliteten allerede før

indførelsen af ordningen i vidt omfang levede op til de stillede krav. Såfremt dette er tilfældet, kan der argumenteres for, at QOF blot er en dyr facon at dokumentere kvaliteten på.

De flotte resultater har dog skabt problemer i forhold til økonomien i initiativet, idet det er blevet væsentlig dyrere end først antaget. Hertil kommer, at incitamenterne, for de enkelte praksis til at gøre det bedre året efter, er svækket, og at det forventede samarbejde og vidensdelingen mellem praksis om forbedringspotentialer må forventes at være forringet.

Til forskel fra USA har debatten i England handlet om ordningens mulige utilsigtede konsekvenser, f.eks. øget ulighed i adgangen til behandling. Således er risikoen for at få uhensigtsmæssige behandlinger i praksis søgt minimeret gennem tilladelsen til, at lægerne har kunnet ekskludere patienter fra grundlaget for opgørelsen af kvalitetsindikatorernes opfyldelse. Denne ret til eksklusion har skabt incitament, der kunne medføre en øget ulighed i behandlings- og forebyggelsesindsatsen. Eksklusionsretten har derudover medført et nyt stort behov for kontrol, hvis resultater endnu ikke er tilgængelige. Det er således endnu uvist, i hvor høj grad lægerne rapporterer korrekt. De flotte resultater fra kvalitetsopgørelserne kan således være sket på bekostning af i forvejen udsatte patientgrupper, der muligvis ville have haft større gevinst af et tiltag, hvis det havde været rettet mod dem. I stedet kan ordningen have lagt op til en yderligere marginalisering af denne gruppe i sundhedssektoren.

QOF er dog under fortsat udvikling, og ved de løbende reguleringer er der f.eks. i 2006 udviklet indikatorer indenfor syv nye kliniske områder, mens der er skåret i antallet indenfor det organisatoriske område bl.a. i en erkendelse af, at de fleste praksis nu lever op til disse (69).

5. Diskussion og sammenfatning

Formålet med denne rapport har været at belyse nogle udenlandske erfaringer med at anvende økonomiske incitamenter til fremme af kvaliteten i sundhedsvæsenet. Erfaringer fra USA og England er blevet gennemgået. Begge lande har indført ordninger, hvor læger eller sygehuse får udbetalt en bonus, hvis de opfylder nogle på forhånd fastlagte kvalitetskrav. I England blev *The Quality and Outcomes Framework* (QOF) fra 2004 beskrevet, mens enkelte af de mange forskellige ordninger, der eksisterer i USA, blev valgt ud. Ordningerne betegnes som *Pay for Performance* (PFP).

Har ordningerne haft den ønskede effekt?

Undersøgelser af ordningernes konsekvenser viser, at resultaterne på de kvalitetsparametre, man i de to lande har valgt at bygge ordningerne på, stiger. Det er dog uvist, om dette kan tages som et bevis for, at de økonomiske incitamenter rent faktisk fører til en forbedring af behandlingskvaliteten. I England opfyldte de praktiserende læger således meget hurtigt de kriterier, der var opstillet for QOF ordningen, og fik dermed udbetalt de ikke ubetydelige bonusbeløb, der var knyttet til ordningen. Det er dog uvist, hvorvidt den høje grad af målopfyldelse rent faktisk er et udtryk for en reel kvalitetsforbedring, eller blot udtryk for en registrering af allerede eksisterende klinisk praksis.

I USA er der ligeledes set en stigning i kvaliteten på de sygehuse og i de lægepraksis, der har haft en ordning, hvor økonomi er blevet knyttet til kvalitet. Sammenlignet med sygehuse, som ikke har været omfattet af sådanne ordninger, er der dog kun tale om beskedne forskelle, og indenfor enkelte kliniske områder, som f.eks. hjerteområdet, er der slet ikke påvist forskelle. Det er således uvist, hvorvidt de økonomiske incitamenter har haft en effekt, eller om kvalitetsforbedringerne kan tilskrives andre kvalitetsfremmende initiativer eller den almene udvikling.

Overordnet har det i denne gennemgang ikke været muligt at identificere studier, der på overbevisende og entydig måde har kunnet dokumentere, at indførelsen af ordninger, hvor betaling knyttes til kvalitet, har den ønskede effekt – nemlig en forbedring af behandlingskvaliteten.

Gennemgangen af erfaringer fra England og USA har dog vist, at ordninger med *Betaling for kvalitet* kan tilrettelægges på mange forskellige måder med deraf følgende forskelle i konsekvenser.

Ordningerne adskiller sig bl.a. med hensyn til størrelsen af den bonus, der kan opnås. I de fleste amerikanske ordninger udgør den kvalitetsafhængige bonus kun nogle få procent af sygehusenes/lægernes samlede indtjening, mens bonus i det engelske system kan medføre betydelige stigninger i lægernes nettoløn. Hertil kommer, at den engelske ordning ikke indebærer risiko for tab af indkomst, idet ordningen er implementeret som et generelt aktivitets- og kvalitetsløftende tiltag med medfølgende finansiering. De amerikanske læger eller sygehuse risikerer i modsætning hertil at få reduceret deres indtjening, hvis de ikke opfylder visse minimumskrav, idet størsteparten af ordninger her har været baseret på en ren omfordeling af ressourcerne. Den meget tydeli-

ge respons på den engelske ordning kan således skyldes, at de økonomiske incitamenter er meget stærke.

Hvilke kvalitetsindikatorer bliver der brugt?

Ordningerne i de to lande har mange fælles træk. De kvalitetskriterier, der bygges på, består begge steder af mål for patienttilfredshed, struktur, behandlingsprocesser og behandlingsresultater. Desuden er der begge steder fokus på forebyggelse og behandling af patienter med kroniske lidelser. Ordningerne er præget af, at man belønner det, der kan måles, og at det, der er evidens for, fører til et godt behandlingsresultat. Patientgrupper, for hvem det er svært at fastlægge målbare kvalitetskriterier, eller hvor forskningen er mangelfuld, risikerer til gengæld at blive overset. Der er således en risiko for, at kvalitetsudviklingen styres af tilgængeligheden af målbare data.

Også den praktiske tilgængelighed af data om kvaliteten kan have betydning for valg af indikatorer. I USA er systemerne således primært baseret på data, som allerede indsamles til andre formål, mens man i England har investeret i nye IT-systemer, som skal dokumentere, om lægerne opfylder kvalitetsparametrene.

Nogle af ordningerne har som mål at forbedre indsatsen på særligt udvalgte snævre områder, og indeholder typisk få belønningskriterier. Andre har som mål at forbedre kvaliteten i sundhedsvæsenet generelt, og da skal ordningerne have et bredt udvalg af kvalitetsparametre. De tidlige amerikanske ordninger fokuserede på få indsatsområder, men udviklingen går i retning af et stigende antal mål og et bredere fokus. Det største antal kriterier findes i det engelske QOF, der omfatter 151 kvalitetsindikatorer fordelt på ti diagnosegrupper. På trods af dette høje antal kritiseres systemet for at overse diagnosegrupper – et forhold der bl.a. kan skyldes mangel på målbare kvalitetsindikatorer, ligesom patienter med flere samtidige sygdomme kan være svære at få dækket.

Af praktiske hensyn må der dog være en øvre grænse for antallet af kvalitetsindikatorer, idet systemerne ellers ville blive for komplicerede at gennemskue og for dyre at administrere. Udvælgelsen af kriterierne og diagnosegrupperne kan således være problematisk. I England er kriterierne valgt dels på baggrund af den eksisterende evidens, og deres vægtning er sket efter et princip om diagnosegruppernes belastning i den samlede befolkning. Kritikere foreslår i stedet, at udvælgelsen af indikatorer bør være baseret på mulige helbredsgevinster og/eller omkostnings- og effektivitetshensyn.

Ifølge teorien (Kapitel 2) skal økonomiske incitamenter så nøjagtigt som muligt belønne de mål, som principalen (i denne kontekst politikerne) ønsker at opnå. Det antages, at målet i denne sammenhæng er at opnå den størst mulige forbedring i patienternes behandlingsresultat og helbredstilstand – også på lang sigt. De ordninger, der har været gennemgået her, er imidlertid hovedsageligt baseret på kriterier for struktur og proces, om end de i et vist omfang omfatter kriterier for behandlingsresultat på kort sigt, f.eks. regulering af blodtryk, stabilisering af blodsukker m.fl. Når behandlingsresultatet på langt sigt er så ringe repræsenteret blandt indikatorerne, hænger det sammen med flere forhold. For det første er det svært at opstille kriterier for behandlingsresultatet *i det hele taget* – både på kort og på lang sigt, mens det er lettere at opstille kriterier for behandlingsprocessen. For det andet dokumenteres *behandlingsprocessen* allerede i forskellige andre sammenhænge (f.eks. patientjournaler, informationssystemer), mens der ikke på samme måde følges systematisk op på behandlingsresultatet – hverken på kort eller lang sigt. Endelig er der god mening i også at fokusere på struktur og

proces som kvalitetsindikatorer, da et godt behandlingsresultat ofte forudsætter, at strukturen er på plads, og at patienten får "den rigtige" behandling. Når mange ordninger således belønner investeringer i IT-systemer skyldes det, at disse ofte kan understøtte et godt patientforløb, og på samme måde belønnes specifikke behandlinger og undersøgelser, fordi de antages at være forudsætningen for et godt resultat.

Det er dog vigtigt, at de valgte struktur- og procesindikatorer opdateres løbende, så de følger udviklingen i den medicinske viden. Samtidig viser flere af de gennemgåede undersøgelser, at en god proces ikke altid fører til det ønskede resultat, fordi mange forhold har indflydelse på behandlingsresultatet. Måske netop derfor er det vigtigt, at der også inddrages indikatorer for behandlingsresultatet.

Utilsigtede konsekvenser

Ved anvendelsen af kvalitetsindikatorer, og særligt de der omfatter behandlingsresultaterne, kan forhold, som er uden for lægens eller hospitalets kontrol, have indflydelse på om et givet kvalitetsmål nås. Det kan være patientens tilstand ved indlæggelsen, konkurrerende lidelser eller andre myndigheders eller behandleres indsats. Men også for mange procesindikatorer vil resultatet afhænge af udefra kommende forhold, f.eks. om patienten ønsker at deltage i et screeningsprogram, eller om patienten møder op til et aftalt kontrolbesøg.

Disse udefra kommende usikkerhedsfaktorer kan føre til modstand mod anvendelsen af kvalitetsindikatorer blandt læger og sygehuse, fordi de opfattes som uretfærdige. En konsekvens af dette kan blive, at lægen eller hospitalet forsøger at undgå visse risikopatienter (patientselektering).

I et forsøg på at imødegå de "udefra kommende forhold", der kan påvirke opfyldelsen af kvalitetsindikatorerne, og dermed minimere risikoen for patientselektion, bruges risikojustering. Risikojustering kan f.eks. ske ved, at der ses bort fra visse patienter, når et givet kvalitetsmål opgøres. Under det engelske QOF kan de praktiserende læger som nævnt ekskludere patienter, som de enten ikke mener er i målgruppen for en indikator, eller som de forventer ikke vil møde op til en undersøgelse. I USA foretages risikojusteringen på grundlag af data om patienternes sygelighed (antal bi-diagnoser m.v.).

Risikojusteringen betyder, at lægens (økonomiske) risiko minimeres. Til gengæld er der en risiko for, at det fører til ulighed i indsatsen over for patienterne, hvilket bl.a. også var det primære kritikpunkt ved den engelske ordnings facon at risikojustere på. Groft kan man sige, at de engelske læger ikke behøver at bekymre sig om, hvorvidt de svageste patienter møder op til konsultationerne eller forstår forebyggelsesbudskabet (m.fl.). Herved kommer det potentielle løft i behandlingskvaliteten ikke risikogrupperne til gode, selv om det måske endda er dem, der har hårdest brug for det.

En alternativ måde at risikojustere på er at give en større bonus, når det drejer sig om risikopatienter. Dette kan ske gennem højere bonus blandt læger, der har praksis, eller arbejder på hospitaler i socialt belastede områder. Retfærdiggørelsen af denne måde at risikojustere på er det øgede arbejdspress, denne socialt belastede patientgruppe giver lægerne. F.eks. kan deltagelse i screeningsprogrammer kræve en særlig indsats fra lægens side for at få patienterne til at deltage (genindkaldelse flere gange, bedre tid til information m.v.). Udover at justere for forskelle i lægens risiko har denne metode til risikojustering den fordel, at den imødegår uligheder i brugen af sundhedsvæsenet.

Risikojustering af enhver art medfører dog et administrativt merarbejde. Omfanget af dette bør derfor vejes op imod konsekvenserne ved at vælge en alternativ form for justering.

Det blev tidligere beskrevet, hvordan teorien tilsiger, at principalens manglende mulighed for altid at observere og gennemskue agentens handlinger kunne føre til opportunistiske handlinger fra agentens side (skjult handling) på grund af den asymmetriske information.

En anden utilsigtet konsekvens ved ordninger, hvor betaling knyttes til kvalitet, kan således være, at lægerne i et forsøg på at nå de opstillede kvalitetsmål udfører undersøgelser eller behandlinger på patienter, hvor undersøgelsen eller behandlingen ikke er hensigtsmæssig. Også denne utilsigtede konsekvens kan imødegås ved risikojustering – bl.a. ved, at man som i England tillader eksklusion af patienter (fra opgørelserne), hvis den pågældende undersøgelse, for hvilken der f.eks. er opstillet en procesindikator, vurderes at være uhensigtsmæssig for patienten. Problemet ved denne form for risikojustering er blot, at lægerne så skal kontrolleres, hvilken øger den administrative byrde.

En yderligere måde, hvorpå lægerne har mulighed for at drage nytte af den asymmetriske information, er ved kun at udvælge de letteste patienter til enten undersøgelse og behandling eller ved optag på praksis' liste (cream skimming). Det kan også udmøntes i, at lægen eller sygehuset ændrer – eller måske ligefrem snyder – med aktivitetsregistreringen.

Alle de nævnte former for opportunistisk adfærd er repræsenteret i den gennemgåede litteratur. Debatten omkring ordningerne i både USA og England peger således på, at en del af forbedringerne i kvaliteten formentligt kan forklares af ændringer (og forbedringer) i registreringerne. I England tyder den meget store variation i de praktiserende lægers eksklusion af patienter på, at der kunne forekomme forskellige former for opportunistisk adfærd og herunder patientselektion.

Det sidste eksempel på mulige utilsigtede konsekvenser, der her skal nævnes, knytter sig til det faktum, at incitamentssystemer nødvendigvis må være baseret på et afgrænset antal indikatorer. Ifølge teorien bør de indikatorer, der indgår i et kvalitetsprogram, dække alle aktiviteter (og diagnoser). Hvis dette ikke er tilfældet, er der en risiko for, at fokus vil være rettet mod de aktiviteter, der belønnes, på bekostning af de aktiviteter der ikke belønnes. I praksis vil det dog være uhyre svært at opfylde dette krav, når det drejer sig om behandlingskvalitet og behandlingsindikatorer, idet antallet af indikatorer ville blive enormt. Den gennemgåede litteratur fra USA indeholder ikke eksempler på undersøgelser af, om der er sket en nedprioritering af patienter eller procedurer, som ikke er omfattet af kvalitetsindikatorer. Litteraturen fra England har derimod i høj grad haft dette som omdrejningspunkt i debatten om lægernes ret til at ekskludere visse patienter, og der er identificeret grupper, der muligvis er kommet i klemme, fordi de ikke passer ind i nogen specifik kategori af indikatorer.

Virker økonomiske incitamenter motiverende på personalet i sundhedsvæsenet?

Denne rapport har ikke kunne give et endegyldigt svar på, hvorvidt økonomiske incitamenter virker i sundhedsvæsenet, eller om økonomiske incitamenter tværtimod mindsker motivationen hos agenterne i sundhedsvæsenet. Den gennemgåede litteratur indikerer dog nogle mulige svar på spørgsmålet.

Forskellen i effekten af initiativerne i hhv. England og USA tyder således på, at økonomiske incitamenter har en effekt på adfærden, når blot incitamenterne er stærke nok. I England, hvor bonus er stor, har ordningen haft stor virkning. I USA, hvor bonus har været beskedent, er effekterne derimod begrænsede. Hertil kommer, at det kan være svært at afgøre, i hvilket omfang konsekvenserne kan tilskrives de økonomiske incitamenter, da der er fundet kvalitetsforbedringer også blandt amerikanske udbydere, der ikke har været omfattet af et PFP program.

Det er ikke muligt at afgøre, om de økonomiske incitamenter har fortrængt en "indre motivation" hos sundhedspersonalet nogen af stederne. De kvalitative studier af sundhedspersonalets holdninger til ordningerne vidner dog om, at personalet ifølge egne udsagn ikke blot styres af økonomiske målsætninger, men også af faglige og prestige-mæssige hensyn samt af hensynet til patienten.

Et spørgsmål kunne være, om økonomiske incitamenter virker forskelligt på private lægeklinikker og på sygehuse. Privat praktiserende læger vil få direkte personlig gavn af en finansiell belønning. Ansatte på et sygehus vil derimod ikke få direkte personlig gevinst af ordningen, men dog indirekte i form af større økonomisk råderum¹³. Hertil kommer, at sygehuset modsat lægepraksis er en kompliceret organisation med mange forskellige interesser, som kan reagere forskelligt på anvendelsen af økonomiske incitamenter. Den gennemgåede litteratur giver ikke mulighed for at besvare spørgsmålet. I USA findes både ordninger, der er rettet mod læger, og ordninger der er rettet mod sygehuse. Det er dog ikke muligt på grundlag af den foreliggende empiri at udlede, hvorvidt der er forskelle i effekten på de to typer af udbydere. I England er ordningen kun rettet mod læger, og den store effekt af ordningen kunne måske – udover den store bonus – forklares ved det personlige ejerskab til en evt. bonus.

Administrative konsekvenser af Betaling for kvalitet

Udover de omkostninger, der kan være forbundet med selve afregningen af kvalitetsopfyldelsen ved ordninger, der knytter betaling til kvalitet, er der væsentlige administrative omkostninger. Der er dels en række omkostninger ved selve udviklingen af afregningssystemerne samt implementeringen. Det skal dels besluttes, hvilke kvalitetsindikatorer, der skal indgå. Dette kan være en langstrakt proces, hvis både klinikere, politikere og patienter skal høres. Derudover skal det besluttes, hvordan kvaliteten skal måles, og hvem incitamenterne skal rettes mod. Registreringen kræver en infrastruktur, og i England har QOF f.eks. krævet, at der blev udviklet IT-systemer i praksissektoren samt en national database til opbevaring af al informationen. I de amerikanske ordninger har man hovedsagligt kunne anvende data, der allerede indsamles, og som der således også er en struktur omkring.

Ordningerne skal også opdateres løbende, dels i takt med udviklingen i den kliniske viden, men også i relation til omkostningerne ved disse. Systemet skal formentligt også justeres efterhånden, som der gøres erfaringer med det, og i den engelske ordning skete da også en omfordeling af point samt indikatorer året efter ordningens implementering.

¹³ Belønningen kunne dog gøres personlig ved, at sygehusets bonus blev videreført til personalet gennem forskellige former for resultatløn.

Udover disse er der omkostninger forbundet med opgørelse og afregning – og som nævnt tidligere, kan der også være et behov for kontrol, idet systemerne typisk er baseret på selvrapportering.

Med andre ord skal de administrative omkostninger stå mål med den forventede effekt af at implementere sådanne systemer. På baggrund af ovennævnte liste er det således formentlig også urealistisk at tro, at nettoomkostningerne ikke er af en betydelig størrelse.

Metode

Analysen af konsekvenserne af at indføre *Betaling for kvalitet* er baseret på eksisterende undersøgelser i de to lande. Konklusionerne er derfor afgrænset til de temaer, som den fundne litteratur om de to landes ordninger belyser.

I England foreligger der kun ét program, og det har derfor været muligt at give en fyldestgørende beskrivelse af dette. Men der er ikke gennemført egentlige kontrollerede undersøgelser, der sammenligner kvalitetsudviklingen i lægepraksis, der er omfattet af ordningen med lægepraksis, der ikke deltager. Samtidig har det ikke været muligt at gennemføre "før og efter" undersøgelser. Det er således ikke muligt at afgøre, om ordningen har haft nogen reel effekt på behandlingskvaliteten.

I USA findes der mange ordninger, og det har ikke været muligt at give et dækkende billede af samtlige PFP programmer. Der er til gengæld gennemført undersøgelser af enkelte programmers effekt, hvor kvalitetsudviklingen på sygehuse, der er omfattet af en PFP ordning, er sammenlignet med en kontrolgruppe af sygehuse. Konklusioner vedrørende effekten af PFP i USA er baseret på sådanne undersøgelser, og resultaterne herfra er ikke entydige, ligesom en del af undersøgelserne har vist modsatrettede resultater. Det kan dog ikke afvises, at der findes andre PFP ordninger, som har medført kvalitetsforbedringer, men som blot ikke har været en del af vores litteraturgrundlag eller genstand for evalueringer med tilgængelige resultater.

Ingen af de gennemgåede undersøgelser fra USA har omfattet en belysning af utilsigtede konsekvenser udover ændringer i registreringspraksis. Der findes heller ingen undersøgelser af, om *Betaling for kvalitet* har ført til bevidst patientseleksion her.

Hvis vi skal indføre Betaling for kvalitet i Danmark

I det følgende gennemgås nogle af de overvejelser, man skal gøre sig, såfremt det besluttes at indføre *Betaling for kvalitet* i Danmark.

Med hensyn til hvem eventuelle ordninger i givet fald skulle omfatte, kunne man overveje såvel praktiserende læger som sygehuse. Herudover kunne det overvejes, hvorvidt *Betaling for kvalitet* skulle indføres i den kommunale sundhedssektor. Som det er fremgået af det foregående, vil indførelse af ordninger, der belønner kvalitetsmål, forudsætte et betydeligt administrativt forarbejde.

Hvis man besluttede at indføre en honorering af kvalitetsindikatorer, skulle der således først og fremmest træffes beslutning om, hvor mange og hvilke kvalitetsindikatorer en sådan ordning skulle bygge på. I den forbindelse kunne det overvejes, om dette arbejde kunne samordnes med andre nationale initiativer som f.eks. Det Nationale Indikatorprojekt, Den Danske Kvalitetsmodel eller eksisterende kliniske databaser. Det kunne ligeledes overvejes, hvorvidt data fra de landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser kunne inddrages. Overvejelser med hensyn til antallet af indikatorer bør baseres på en afvejning mellem på den ene side de utilsigtede konsekvenser i form af oppriori-

tering af de udvalgte områder, og på den anden side de administrative omkostninger forbundet med et stort antal indikatorer.

Det bør ligeledes overvejes, hvordan der kan foretages en risikojustering af kvalitetsresultaterne, f.eks. justering af patienters behandlingsresultat i forhold til konkurrerende lidelser.

Når kriterierne er valgt, bør der tages stilling til, hvordan der følges op på de enkelte yderes resultater med hensyn til de valgte kriterier. Med mindre man vil basere opfølgningen på tidskrævende manuelle indberetninger, eller satser på investering i nye IT-systemer, som det har været tilfældet i England, bør monitoreringen baseres på eksisterende registreringer f.eks. data fra Landspatientregisteret, kliniske databaser, den danske kvalitetsmodel eller NIP. En anvendelse af eksisterende data vil desuden formindske evt. problemer med manglende datakvalitet.

Der skal desuden træffes beslutning om størrelsen af den bonus, der i givet fald skal kunne udbetales, herunder kriterier for udbetaling: Skal bonus udbetales til alle, der opnår det fastlagte kriterium (absolut honorering) eller skal bonus udbetales til de højst placerede ydere. Ligeledes skal det besluttet, om ordningen skal baseres på omfordeling af de eksisterende midler, eller om der skal tilføres "nye penge" – f.eks. i form af en kvalitetspulje.

Det kan desuden overvejes om ordningen skal være obligatorisk eller frivillig.

6. Konklusion

Der foreligger ingen overbevisende evidens for, at økonomiske incitamenter fører til en forbedring af kvaliteten. I England har indførelse af QOF nok ført til en forbedring af en række kvalitetsindikatorer, men det er uvist, om dette er et udtryk for en reel kvalitetsforbedring eller en forbedring i dokumentationen. I USA har sygehuse, der er omfattet af PFP, forbedret deres kvalitet, men kontrolgrupper af sygehuse har forbedret deres kvalitet næsten lige så meget. Dette indikerer, at andre faktorer påvirker kvalitetsudviklingen, og at det er svært at udskille virkningen af PFP.

Ordningerne i de to lande er baseret på indikatorer for struktur, behandlingsproces og behandlingsresultat. For at opnå den ønskede effekt skal ordningerne, i det omfang det er muligt, være baseret på indikatorer for behandlingskvaliteten. Men der er dog også god mening i at belønne indikatorer for struktur og behandlingsprocessen. Det er dog vigtigt, at de valgte struktur- og procesparametre er evidensbaserede og opdateres løbende.

Indførelse af belønning for opnåelse af udvalgte kvalitetsmål kan føre til, at indsatsen retter sig mod disse områder på bekostning af indsatsen på andre områder. Hvorvidt dette har været tilfældet i de to lande, kan ikke afgøres, da ingen af de gennemgåede undersøgelser belyser dette emne.

Forhold, som lægen eller sygehuset ingen indflydelser har på, f.eks. patienternes sociale baggrund, kan påvirke, om kvalitetsmålene nås. I begge lande justerer man derfor for udefra kommende forhold. Justeringen foregår ved, at man ser bort fra særlige risikopatienter, når resultatet på kvalitetsindikatorerne opgøres. Dette gør man, for at ordningen ikke skal virke uretfærdig, for at undgå patientselektering og overbehandling og dermed en uhensigtsmæssig anvendelse af sundhedsvæsenets ressourcer.

Indførelse af *Betaling for kvalitet* kan medføre betydelige administrative omkostninger til udvikling, implementering og drift af ordningen.

Bilag: Søgebeskrivelser

Søgebeskrivelse for USA

Søgningen er foretaget i Medline/Webspirs 2005-2007/08 den 14.08.2007.

Der er søgt på følgende MeSH-termer:

'Quality-of-Health-Care' / all, 'Insurance-Health-Reimbursement' / all, 'Physician-Incentive-Plans' / all og 'Reimbursement-Incentive' / all.. Denne søgning er kombineret med 'pay for performance'.

Endvidere er de angivne MeSH-termer kombineret med fritext: quality, quality of care, payment, payment system, reimbursement, risk adjustment, physicians, financial incentives, financing, incentive, health care, bonus, insurance, performance-based og fees. Søgningen er begrænset til kun at indeholde engelsk-sproget litteratur og artikler med abstract.

Der er desuden foretaget citationsanalyse på udvalgte artikler.

Søgebeskrivelse for England

Søgningen er foretaget i Medline/Webspirs 2005-2007/08 den 21.08.2007.

Der er søgt på følgende MeSH-termer:

'Quality-of-Health-Care' / all, 'Insurance-Health-Reimbursement' / all, 'Physician-Incentive-Plans' / all og 'Reimbursement-Incentive' / all. Denne søgning er kombineret med 'pay for performance' og 'quality and outcomes framework'.

Endvidere er de angivne MeSH-termer kombineret med fritext: quality, quality of care, payment, payment system, reimbursement, risk adjustment, physicians, financial incentives, financing, incentive, health care, bonus, insurance, performance-based og fees.

Søgningen er begrænset til kun at indeholde engelsk-sproget litteratur om engelske forhold.

Der er desuden foretaget citationsanalyse på udvalgte artikler.

Litteratur

1. Docteur E, Oxley H. Health-care systems: Lessons from the reform experience. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development OECD; 2003. (OECD Health Working Papers).
2. Sundhedsloven. LOV nr. 546 af 24/06/2005 (Gældende). 2005.
3. L 74 (som fremsat): Forslag til Sundhedsloven. Fremsat den 24. februar 2005 af indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen). 2005.
4. Sundhedsstyrelsen. Den Danske KvalitetsModel for Sundhedsvæsenet - Modelbeskrivelse. København: Sundhedsstyrelsen; 2004.
5. Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for behandling af knæartrose. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
6. Audit Commision. Early lessons from payment by results. London: Audit Commision for local authorities and the National Health Service in England; 2005.
7. Ankjær-Jensen A, Bue Rath M. Takststyring af sygehuse. 1. delrapport: Implementering af takststyringsmodeller i 4 amter. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2004. (DSI rapport 2004.08).
8. Ankjær-Jensen A, Rath MB. Takststyring af sygehuse. 2. delrapport: Erfaringer efter et år med takststyring. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2005. (DSI rapport 2005.03).
9. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Aktivitetsbestemt finansiering i Danmark. Foreløbige erfaringer. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2002.
10. Møller Pedersen K, Bech M, Bork Hansen M. Incitamentsstyring i sygehusvæsenet, virkningen af øget takststyring og tilhørende incitamenter. Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2006.
11. Milgrom P, Roberts J. Economics, organization and management. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall; 1992.
12. Frey BS, Jegen R. Motivation crowding theory. Journal of Economic Surveys 2001; 15(5):589-611.
13. Le Grand J. Motivation, agency, and public policy. Of knights and knaves, pawns and queens. Oxford: Oxford University Press; 2003.
14. Walker B. Monitoring and motivation in principal-agent relationships: Some issues in the case of local authority services. Scottish Journal of Political Economy 2000; 47(5):525-49.
15. Bregn K. Anvendelse af direkte økonomiske incitamenter i den offentlige sektor: Resultatløn. I: Bregn K (red.). Omstilling i den offentlige sektor - i et økonomisk perspektiv. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag; 2007: 41-67.

16. Dixit A. Incentives and organizations in the public sector: An interpretative review. *The Journal of Human Resources* 2002; 37(4):696-727.
17. Epstein AM, Lee TH, Hamel MB. Paying physicians for high-quality care. *N.Engl.J Med* 2004; 350(4):406-10.
18. Prendergast C. The provision of incentives in firms. *Journal of Economic Literature* 1999; 37(1):7-63.
19. Frey BS. Not just for the money. An economic theory of personal motivation. Cheltenham: Edward Elgar; 1997.
20. Vibholt H. Fritvalgsordning og lighed. Konsekvenser af den udvidede fritvalgsordning for ligheden i patienternes behandlingsadgang. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2007.
21. Dudley RA. Pay-for-performance research: how to learn what clinicians and policy makers need to know. *JAMA* 2005; 294(14):1821-3.
22. Frolich A, Talavera JA, Broadhead P, Dudley RA. A behavioral model of clinician responses to incentives to improve quality. *Health Policy* 2007; 80(1):179-93.
23. Rosenthal MB, Dudley RA. Pay-for-performance: will the latest payment trend improve care? *JAMA* 2007; 297(7):740-4.
24. Thrall JH. The emerging role of pay-for-performance contracting for health care services. *Radiology* 2004; 233(3):637-40.
25. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Shaping the future for health. Link til PDF: http://books.nap.edu/html/quality_chasm/reportbrief.pdf. [Udskrevet den: 13-7-2007]
26. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century [Free executive summary]. Link til PDF: http://www.nap.edu/execsumm_pdf/11085.pdf. [Udskrevet den: 13-7-2007]
27. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedssektoren i tal. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2007.
28. Wikipedia. Health care in the United States. Tilgængelig via URL: http://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_in_the_United_States. [Udskrevet den: 24-7-2007]
29. Thai KV, Wimberley ET, McManus SM. Handbook of international health care systems. New York: Marcel Dekker; 2002. (Public Administration and Public Policy; 96).
30. Wikipedia. Managed care. Tilgængelig via URL: http://en.wikipedia.org/wiki/Managed_care. [Udskrevet den: 13-7-2007]
31. Christensen M. Offentliggørelse af kvalitetsdata. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2003. (DSI rapport 2003.01).
32. Rosenthal MB, Landon BE, Normand SL, Frank RG, Epstein AM. Pay for performance in commercial HMOs. *N.Engl.J Med* 2006; 355(18):1895-902.

33. Centers for Medicare & Medicaid Services. Medicare "Pay for performance (P4P)" initiatives. Tilgængelig via URL: <http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=1343>. [Udskrevet den: 19-6-2006]
34. Epstein AM. Pay for performance at the tipping point. *N.Engl.J Med.* 2007; 356(5):515-7.
35. Rosenthal MB, Fernandopulle R, Song HR, Landon B. Paying for quality: providers' incentives for quality improvement. *Health Aff.(Millwood.)* 2004; 23(2):127-41.
36. Integrated Healthcare Association. Advancing quality through collaboration: The California pay for performance program. A report on the first five years and a strategic plan for the next five years. Oakland, CA: Integrated Healthcare Association; 2006.
37. Integrated Healthcare Association. What counts in California's pay-for-performance initiative. Tilgængelig via URL: <http://www.acponline.org/journals/news/jan05/pfp.pdf>. [Udskrevet den: 13-7-2007]
38. Leavitt MO. Physician group practice demonstration first evaluation report. Report to Congress. [Washington, D.C.]: [U.S. Department of Health & Human Services]; 2006.
39. Premier. Centers for Medicare & Medicaid services (CMS) / Premier hospital quality incentive demonstration project. Project findings from year two. Link til PDF: <http://www.premierinc.com/quality-safety/tools-services/p4p/hqi/resources/hqi-whitepaper-year2.pdf>. [Udskrevet den: 13-7-2007]
40. Hillman AL, Ripley K, Goldfarb N, Weiner J, Nuamah I, Lusk E. The use of physician financial incentives and feedback to improve pediatric preventive care in Medicaid managed care. *Pediatrics* 1999; 104(4 Pt 1):931-5.
41. Fairbrother G, Hanson KL, Friedman S, Butts GC. The impact of physician bonuses, enhanced fees, and feedback on childhood immunization coverage rates. *Am.J Public Health* 1999; 89(2):171-5.
42. Hillman AL, Ripley K, Goldfarb N, Nuamah I, Weiner J, Lusk E. Physician financial incentives and feedback: failure to increase cancer screening in Medicaid managed care. *Am.J Public Health* 1998; 88(11):1699-701.
43. Kouides RW, Bennett NM, Lewis B, Cappuccio JD, Barker WH, LaForce FM. Performance-based physician reimbursement and influenza immunization rates in the elderly. The Primary-Care Physicians of Monroe County. *Am.J Prev.Med* 1998; 14(2):89-95.
44. Rosenthal MB, Frank RG, Li Z, Epstein AM. Early experience with pay-for-performance: from concept to practice. *JAMA* 2005; 294(14):1788-93.
45. Grossbart SR. What's the return? Assessing the effect of "pay-for-performance" initiatives on the quality of care delivery. *Med.Care Res.Rev.* 2006; 63(1 Suppl):29S-48S.
46. Lindenauer PK, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM, Ma A et al. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *N.Engl.J Med.* 2007; 356(5):486-96.

47. Glickman SW, Ou FS, DeLong ER, Roe MT, Lytle BL, Mulgund J et al. Pay for performance, quality of care, and outcomes in acute myocardial infarction. *JAMA* 2007; 297(21):2373-80.
48. Nahra TA, Reiter KL, Hirth RA, Shermer JE, Wheeler JR. Cost-effectiveness of hospital pay-for-performance incentives. *Med.Care Res.Rev.* 2006; 63(1 Suppl):49S-72S.
49. American Medical Association AMA. Principles for pay-for-performance programs. Link til PDF: <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/368/principles4pay62705.pdf>. [Udskrevet den: 16-7-2007]
50. Teleki SS, Damberg CL, Pham C, Berry SH. Will financial incentives stimulate quality improvement? Reactions from frontline physicians. *Am.J.Med.Qual.* 2006; 21(6):367-74.
51. Young GJ, Meterko M, White B, Bokhour BG, Sautter KM, Berlowitz D et al. Physician attitudes toward pay-for-quality programs: perspectives from the front line. *Med.Care Res.Rev.* 2007; 64(3):331-43.
52. Reiter KL, Nahra TA, Alexander JA, Wheeler JR. Hospital responses to pay-for-performance incentives. *Health Serv.Manage.Res.* 2006; 19(2):123-34.
53. Sautter KM, Bokhour BG, White B, Young GJ, Burgess JF, Jr., Berlowitz D et al. The early experience of a hospital-based pay-for-performance program. *J Healthc.Manag.* 2007; 52(2):95-107.
54. Kjellberg K, Herbild L. Deskriptiv analyse af udvalgte nordeuropæiske sundhedssystemer. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2002.
55. Kjellberg K, Sørensen J, Herbild L. Ventelister til elektiv behandling. Hvorfor er de et problem, hvorfor opstår de og hvad kan der gøres ved dem? 2004.07 udg. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2004.
56. Ankjær-Jensen A, Kilsmark J. Kommunal medfinansiering af sundhedsydelser; Udfordringer og muligheder for kommuner og regioner. København: DSI; 2007. (DSI rapport 07.04).
57. WHO. Highlights on health in the United Kingdom. Tilgængelig via URL: <http://www.euro.who.int/document/e88530.pdf>. [Udskrevet den: 4-4-2007]
58. Smith PC, York N. Quality incentives: the case of U.K. general practitioners. *Health Aff.(Millwood.)* 2004; 23(3):112-8.
59. Fleetcroft R, Cookson R. Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gains? *J Health Serv.Res.Policy* 2006; 11(1):27-31.
60. NHS Connecting for Health. About the NHS - How the NHS Works. Tilgængelig via URL: <http://www.nhs.uk/england/AboutTheNhs/Default.cmsx>. [Udskrevet den: 4-4-2007]
61. Roland M. Linking physicians' pay to the quality of care--a major experiment in the United kingdom. *N.Engl.J Med.* 2004; 351(14):1448-54.

62. Department of Health. Investing in General Practice - the new general medical services contract. Tilgængelig via URL:
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4071966.
63. Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U et al. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N.Engl.J Med.* 2006; 355(4):375-84.
64. Juul Jørgensen S. The New General Medical Services Contract: Kvalitetshonorerer af praksissektoren i England. København: Sundhedsstyrelsen; 2006.
65. Roland M. Pay-for-performance: too much of a good thing? A conversation with Martin Roland. Interview by Robert Galvin. *Health Aff.(Millwood.)* 2006; 25(5):w412-w419.
66. Doran T. General practice performance in the first year of the UK's new "pay-for-performance" program. *Frontline: The newsletter of the National Primary Care Research and Development Centre* 2006; (20):12-3.
67. Lester H, Hobbs FD. Major policy changes for primary care: potential lessons for the US New Model of family medicine from the quality and outcomes framework in the United Kingdom. *Fam.Med.* 2007; 39(2):96-102.
68. McDonald R, Harrison S, Checkland K, Campbell SM, Roland M. Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care: ethnographic study. *BMJ* 2007; 334(7608):1357.
69. Lester H, Sharp DJ, Hobbs FD, Lakhani M. The quality and outcomes framework of the GMS contract: a quiet evolution for 2006. *Br.J.Gen.Pract.* 2006; 56(525):244-6.
70. Sigfrid LA, Turner C, Crook D, Ray S. Using the UK primary care Quality and Outcomes Framework to audit health care equity: preliminary data on diabetes management. *J Public Health (Oxf)* 2006; 28(3):221-5.
71. Simpson CR, Hannaford PC, Lefevre K, Williams D. Effect of the UK incentive-based contract on the management of patients with stroke in primary care. *Stroke* 2006; 37(9):2354-60.
72. Ashworth M, Armstrong D. The relationship between general practice characteristics and quality of care: a national survey of quality indicators used in the UK Quality and Outcomes Framework, 2004-5. *BMC.Fam.Pract.* 2006; 7:68.
73. Ashworth M, Seed P, Armstrong D, Durbaba S, Jones R. The relationship between social deprivation and the quality of primary care: a national survey using indicators from the UK Quality and Outcomes Framework. *Br.J.Gen.Pract.* 2007; 57(539):441-8.
74. Guthrie B, McLean G, Sutton M. Workload and reward in the Quality and Outcomes Framework of the 2004 general practice contract. *Br.J.Gen.Pract.* 2006; 56(532):836-41.
75. McLean G, Sutton M, Guthrie B. Deprivation and quality of primary care services: evidence for persistence of the inverse care law from the UK Quality and Outcomes Framework. *J.Epidemiol.Community Health* 2006; 60(11):917-22.

76. Saxena S, Car J, Eldred D, Soljak M, Majeed A. Practice size, caseload, deprivation and quality of care of patients with coronary heart disease, hypertension and stroke in primary care: national cross-sectional study. *BMC.Health Serv.Res.* 2007; 7:96.
77. Strong M, Maheswaran R, Radford J. Socioeconomic deprivation, coronary heart disease prevalence and quality of care: a practice-level analysis in Rotherham using data from the new UK general practitioner Quality and Outcomes Framework. *J.Public Health (Oxf)* 2006; 28(1):39-42.
78. Wang Y, O'Donnell CA, Mackay DF, Watt GC. Practice size and quality attainment under the new GMS contract: a cross-sectional analysis. *Br.J.Gen.Pract.* 2006; 56(532):830-5.
79. Wright J, Martin D, Cockings S, Polack C. Overall quality of outcomes framework scores lower in practices in deprived areas. *Br.J.Gen.Pract.* 2006; 56(525):277-9.
80. Department of Health. Delivering Investment in General Practice - implementing the new GMS contract. Tilgængelig via URL:
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4070242. [Udskrevet den: 4-4-2007]

“Betaling for kvalitet”

Økonomiske incitamenter til fremme af kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet

I USA har man i de seneste 10-15 år i stigende omfang anvendt økonomiske incitamenter til fremme af behandlingskvaliteten. Finansieringsmodellerne, der går under betegnelsen *Pay for Performance*, er rettet mod såvel lægepraksis som sygehuse. I England introducerede man i 2004 et program, der ved hjælp af belønningssystemer har til formål at fremme kvalitetsudviklingen hos praktiserende læger.

De økonomiske incitamenter består i, at sygehuse eller læger, der opnår en række specificerede kvalitetsmål, bliver belønnet med en bonus. Kvalitetsmålene kan være indikatorer inden for struktur (f.eks. it-systemer), behandlingsprocessen (f.eks. diagnostiske undersøgelser) eller behandlingsresultatet (f.eks. dødelighed).

Erfaringerne fra de to lande giver ingen entydige svar på, om de økonomiske incitamenter rent faktisk fører til en forbedring af behandlingskvaliteten. I England opfyldte de praktiserende læger hurtigt de opstillede mål, men det er ikke muligt at afgøre, om dette er et udtryk for en reel kvalitetsforbedring, eller om der blot er tale om en forbedring af dokumentationen. I USA har man konstateret en forbedring i kvaliteten, både for ydere der er omfattet af ordningerne og for andre ydere. Det kan med andre ord være svært at udskille effekten af *Pay for Performance* fra andre kvalitetsfremmende initiativer.

I begge lande forsøger man at undgå, at ordningen fører til, at yderne forsøger at undgå visse risikopatienter, f.eks. socialt belastede patienter. Det gør man bl.a. ved at se bort fra visse patienter ved opgørelsen af, om de opstillede kvalitetsmål er nået. Resultatet kan blive øget ulighed.

Belønning for opnåelse af særligt udvalgte kvalitetsmål kan føre til, at sundhedsvæsenets personale især retter deres indsats mod de områder der belønnes, på bekostning af indsatsen på andre områder. Ingen undersøgelser i de to lande, rapporten omhandler, har dog belyst dette emne.

Rapporten bygger på en gennemgang af offentliggjort litteratur om ordningernes udformning i de to lande, og de erfaringer der er gjort med dem.