

Afreportering

Styring efter værdi for Patienten

Den Tværregionale Task Force

Danske Regioner

Maj 2015

Den tværregionale Task force nedsat af bestyrelsen d.26. september 2014, har afrundet arbejdet med at undersøge erfaringer med nye styringsmodeller.

Deltagere i Task Force om regional styring:

- Jens Ole Skov (formand), Region Nordjylland
- Torben Hedegaard, Region Hovedstaden
- Mette Jensen, Region Midtjylland
- Jan Funder, Region Syddanmark
- Morten Koch, Region Sjælland
- Kristian Heunicke, Danske Regioner

Sekretariatet i Danske Regioner:

- Rikke Margrethe Friis
- Pernille Moll
- Ditte-Marie Spang Sørensen

Afrapporteringen sammenfatter Task Forcens vurderinger og anbefalinger til det videre arbejde med nye opfølgings- og betalingsmodeller.

Værdi for patienten

– Regionernes udspil til ny værdibaseret styring af sygehussektoren

Forord

Der har gennem en årrække været fokus på at effektivisere sundhedsvæsenet, så vi er i stand til at løfte opgaven med flere ældre og kronisk syge patienter. Det er lykkedes for regionerne, så vi nu har et mere effektivt sundhedsvæsen, som øger produktiviteten år for år og samtidig sikrer, at patienterne kommer hurtigt til. Men den udvikling har også betydet, at der er fokus på høj aktivitet på sygehusene og måske mindre på, hvordan man samlet set bedst og billigst kan imødekomme den enkelte patients behov. Det skal være ledetråd for de kommende års arbejde. Vi skal stadig bruge ressourcerne effektivt, men vi skal også følge systematisk op på resultatet og styre efter at opnå størst mulig værdi for patienten.

Sammen med aktivitet og økonomi bliver sygehusene målt på deres service og ventetider, faglige resultater og patientsikkerhed. Patienterne har fået nye rettigheder til hurtig udredning og behandling, og alle steder er der sat projekter i gang for at øge kapaciteten, forbedre sundhedsvæsenet og udvikle tilbud af høj kvalitet.

Regionerne vil nu gå skridtet videre og styre efter gode resultater for kunderne - det vil sige borgere, patienter og pårørende. Vejen dertil er at udvikle nye opfølgings- og betalingsmodeller med fokus på værdi for patienten, som på sigt kan føre til endnu bedre og mere effektive patientforløb.

Fremover skal der endnu mere fokus på hvilken effekt behandlingen rent faktisk har for patienternes trivsel og sundhed. Målet skal være at indrette forebyggelse og behandling efter patienternes behov – hvad der giver det bedst mulige, varigt gode resultat for patienten (eksempelvis nedsat smerteniveau eller forbedret funktionsevne) på den måde, som er enklest og mindst arbejdskrævende både for patienten og for sundhedsvæsenet. På den måde kan vi på sigt få det største udbytte af de skatte kroner, der bruges på sygehusene.

Hvad det indebærer, og hvilke konsekvenser det har, vil blive gennemgået i det følgende.

Styring af sygehusene fremover – hvad vil regionerne?

Indsatsen for en mere værdibaseret og patientfokuseret styring af sygehusene består af to dele:

Hvad giver værdi?

For det første skal vi finde ud af, hvad der reelt giver **størst værdi for patienterne**. Resultatet for patienterne skal opgøres og synliggøres i nye opfølgingsmodeller. Regioner og sygehusledelser skal følge op på, hvordan sygehusene kan gøre patienterne så raske, som muligt, med så lille indsats, som muligt. Det indebærer, at vi skal undersøge hvilke forhold, der har størst betydning for patienternes trivsel og sundhed. For at komme dertil, skal der udvikles nye redskaber, som gør det muligt at afgrænse patientforløb og at måle og synliggøre de resultater, som er vigtigst for patienterne. Det skal ske i tæt samarbejde med læger og andre faggrupper og med patientforeninger. På sigt ønsker vi at sammenligne mellem sygehusene, så vi kan lære af dem, der gør det bedst. Nye opfølgingsmetoder lægger op til at udbrede bedste praksis, så alle opnår lige gode resultater, og fremme nye og mere effektive måder at arbejde på. Ambitionen er en fælles satsning for de fem regioner.

Hvordan kan de økonomiske incitamenter bedst understøtte værdi for patienten?

For det andet skal vi se på de **økonomiske incitamenter** for sygehusene, som skal supplere og understøtte den faglige ledelse. Udviklingen går stærkt i disse år, ressourcerne er knappe, og det er nødvendigt, at sygehusene hele tiden forbedrer sig - at de udnytter muligheder i ny teknologi og effektiviserer patientforløb, så de bliver bedre og hurtigere.

Regeringens incitamentsudvalg konkluderede i 2013, at den eksisterende styring af sygehusene i nogle tilfælde indebærer et u hensigtsmæssigt aktivitetspres, og at den nuværende incitamentsstruktur i sundhedsvæsenet i højere grad kan bidrage til at understøtte et flersidet fokus på kvalitet i opgavevaretagelsen, sammenhæng på tværs af sektorer samt omkostningseffektivitet, herunder lave udgifter pr. borger. (Bedre incitamenter i Sundhedsvæsenet, maj 2013).

Det er den faglige ledelse på sygehusene, der skal skabe rammerne for at finde de gode løsninger og drive forbedringer i behandlingen af patienterne. Betalingsmodeller skal understøtte- eller som minimum ikke hæmme - den ønskede udvikling i retning af gode og effektive patientforløb. Eksempelvis ved at sygehuset ikke risikerer at miste finansiering, hvis det introducerer nye ressourcebesparende arbejdsmetoder. Der skal sikres gode rammer for at sygehusene prioriterer forebyggelse og tværsektorielt samarbejde, eksempelvis om tidlig opsporing og at undgå forebyggelige indlæggelser.

Der er på nuværende tidspunkt ikke et oplagt svar på, hvordan regionerne bedst kan indrette de økonomiske incitamenter for deres sygehuse. Udfordringerne er forskellige rundt omkring, og aktivitetsstyring indebærer også visse fordele i form af høj produktion og tilgængelighed. I første omgang er ambitionen derfor at indsamle erfaringer ved at sætte 1-2 forsøg i gang i hver region for at afprøve nye betalingsmodeller.

Samtidig vil den første del af indsatsen – bedre viden om værdi for patienten - også styrke grundlaget for at indføre nye resultatorienterede betalingsmodeller på sigt.

Overordnede mål for sundhedsvæsenet

Indsatsen for at udvikle styringen af sygehussektoren skal bidrage til gode og effektive patientforløb, der afspejler målene for udviklingen af sundhedsvæsenet i løbet af de kommende år:

Overordnede mål for udviklingen af sundhedsvæsenet

Det faglige tilbud – sundhed og behandlingsresultater

- Forebygge at borgerne bliver syge – sygehusenes ”populationsansvar”
- Udrede og behandle dem, der bliver syge, så hurtigt som muligt, så de kan genoptage deres dagligliv og aktiviteter uden angst og usikkerhed
- Ensartet høj kvalitet og behandlingsresultater, der matcher højeste standard

Patienttilfredshed

- Patienten skal sættes i centrum – vi skal inddrage og tilrettelægge tilbuddet efter den enkeltes ønsker, muligheder og ressourcer. Der skal hverken gøres for meget eller for lidt
- Patienten skal opleve det bedst mulige resultat set i forhold til det, der har størst betydning for pågældende trivsel og livskvalitet

Det sømløse sundhedsvæsen – forløb på tværs af sektorer

- Koordinere og samarbejde internt og med kommuner og praksissektor. Sygehuse og primærsektor skal i fællesskab udvikle det sømløse sundhedsvæsen, så patienten ikke mærker overgangene som et problem, og der ikke går viden og tid tabt i processen

Lave omkostninger pr. patient – incitament til hensigtsmæssig økonomisk adfærd

- Regionerne skal hele tiden modernisere, udvikle, udnytte ny teknologi, afprøve nye måder at løse opgaverne på, herunder udnytte arbejdsdeling på tværs af sektorer efter LEON princippet
- Ressourcerne skal udnyttes effektivt inde på sygehuset, herunder udstyr og personalets tid (procesoptimering, kapacitetsudnyttelse, rekrutteringsproblemer) [så produktiviteten øges]

”Gode og effektive patientforløb” skal tilgodese alle fire mål.

For at illustrere den måde, sygehusene skal arbejde på for at skabe størst mulig værdi for patienten, har vi samlet nogle eksempler i [bilag 1](#) fra regioner og sygehuse på gode og effektive patientforløb. Hvor det både er muligt at opnå fagligt gode resultater, patienttilfredshed og omkostningseffektiv drift. Eksemplerne viser også, hvordan der allerede bliver arbejdet med innovation og faglig udvikling på mange sygehuse og afdelinger.

Indsatsen kort fortalt, regionerne vil:

1. Indsamle viden om hvad, der giver værdi for patienten, og synliggøre resultaterne.
 - a. Fælles beskrivelsesmodeller og redskaber til at beskrive outcome for udvalgte patientgrupper, som muliggør ensartet opfølgning og sammenligning på tværs af sygehuse
 - b. Patienter og pårørende, faglige miljøer, ministerier og kommuner inviteres med i arbejdet
2. Beskrive metoder til at identificere og koble ressourcer eller omkostninger med resultater for de relevante patientgrupper
3. Gøre forsøg med nye betalingsmodeller, som understøtter den adfærd, der giver størst værdi for patienten.
 - a. Ambitionen er at sætte mindst ét forsøg i gang i hver region, og regionerne bestræber sig på at sikre, at de samlet set dækker et bredt udsnit af sygehusenes opgaver.
 - b. Da udfordringer, prioriteringer og muligheder er forskellige rundt om i landet, vil forsøgene være af forskellig karakter; men der skal ske fælles opsamling på resultater, og gode erfaringer skal udbredes
 - c. Forsøgene skal evalueres systematisk med særligt fokus på, hvordan de kan fungere i praksis og hvad der skal til, for at de vil kunne overgå til almindelig drift

Der vil være tale om et flerårigt projekt i faser, hvor nogle trin udgør en forudsætning for næste trin. Der skal udvikles nye redskaber til at vurdere resultater og omkostninger ved patientforløb. Først og fremmest er afgrænsning af patientgrupper og definition af effektmål en forudsætning for flere af de næste trin. Regionerne kan dog umiddelbart gå videre med at iværksætte flere forsøg med nye styringsmodeller på grundlag af modeller og erfaringer fra udlandet og baseret på eksisterende data.

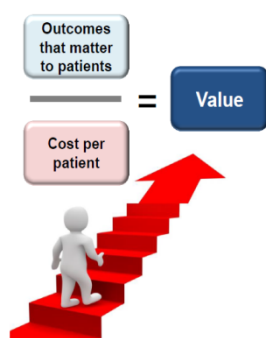
Regionernes indsats for at udvikle styringen:

Ad 1. Regionerne vil indsamle viden om hvad, der giver værdi for patienten, og resultaterne skal synliggøres

Værdibaseret styring indgår i strategien "Borgernes Sundhedsvæsen", da det sætter patientens behov højt på dagsordenen. Større gennemsigtighed om resultatet for patienten skal sikre, at vi indretter os efter, hvad der betyder noget for borgerne/patienterne.

I dag har regioner og sygehuse et godt overblik over hvilke aktiviteter, der udføres for hver patient. I det omfang, der følges op på effekten, er det typisk meget overordnet og for hele afdelinger eller sygehuse – eksempelvis genindlæggelser eller dødelighed. Værdi for patienten er udtryk for effekten for patientens sundhed og trivsel set i forhold til prisen. Værdien kan øges ved at opnå et bedre resultat for de samme penge eller samme resultat ved en mindre ressourcekrævende indsats.

What we all must aspire to – improving health care value



Figur fra oplæg v. Andreas Ringmann Ugglå, Konference om Værdi for Patienten 23-11-2014

Der er tale om en ny form for resultatfokus, som på sigt kan være med til at forbedre sundhedsvæsenet, efterhånden som der udvikles nye patientnære succeskriterier for sygehusenes arbejde og nye metoder til at vurdere og sammenligne resultater.

Regionerne vil supplere de nuværende mål for aktivitet (output) med mål for effekt af sygehusenes udredninger og behandlinger for patienternes sundhed og trivsel (outcome) [figur 1 i bilag]. Det skal hjælpe os med at sikre, at ressourcerne samlet set anvendes bedst muligt til gavn for borgerne.

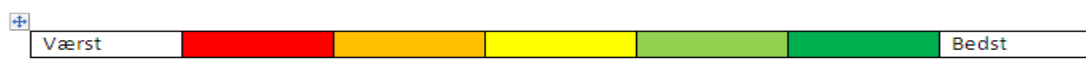
Hvilke resultater er vigtigst for patienterne

Selvom vi har gode sundhedsdata i Danmark, har vi nu og her ikke de nødvendige redskaber til at styre efter værdi for patienten. Før man begynder at stille spørgsmål til patienterne, skal det afklares, hvilken effekt, patienterne selv synes er vigtigst – f.eks. at man kan genoptage sin hverdag og opleve livskvalitet uden smerter. Svaret vil være forskelligt alt efter hvilken patientgruppe, man taler om. På nogle behandlingsområder er der allerede udviklet opfølgingsmodeller, f.eks. "Oxford Knee Score". På andre områder vil det være nødvendigt at sætte en proces i gang med f.eks. fokusgrupper og samarbejde med patientforeninger.

Følgende eksempel er fra Gentofte Hospital, Ortopædkirurgisk afdeling (NB redskabet er under udvikling og illustrerer resultatet for en fiktiv patient)

Case Beslutningsværktøjer

	Før OP	1 år efter
Hvordan vil du beskrive de smarter , som du har haft i knæet?	Orange	Orange
Har du haft problemer med at vaske og tørre dig (over det hele) på grund af dit knæ?	Orange	Orange
Har du haft problemer med at komme ind i eller ud af en bil eller bruge offentlig transport?	Orange	Orange
Hvor lang tid har du kunnet gå , før du har fået stærke smerter i knæet (med eller uden stok)?	Orange	Orange
Hvor stærke smerter har du haft i knæet når du har skullet rejse dig op efter at have siddet ned?	Orange	Orange
Har du haltet på grund af dit knæ?	Orange	Orange
Har du kunnet gå ned på knæ og rejse dig op igen?	Orange	Orange
Har du været plaget af smerter i knæet, når du ligger i sengen om natten ?	Orange	Orange
I hvor høj grad har smerter i knæet besværliggjort dit sædvanlige arbejde (inkl. husarbejde)?	Orange	Orange
Har du følt, at dit knæ pludselig kunne give efter eller svigte ?	Orange	Orange
Har du selv kunnet klare indkøb ?	Orange	Orange
Har du kunnet gå ned ad trapper ?	Orange	Orange



TL, KI, AN, KN, MMS, RN 2015

Fælles effektmål

Sammenligning af resultater mellem afdelinger og sygehuse forudsætter, at der opnås enighed om fælles indikatorer og mål for effekten (outcome) for forskellige patientgrupper.

Processen starter med, at patienterne inddeles i grupper, som har de samme behov, f.eks. patienter med rygsmerter, fødende kvinder, borgere med diabetes eller patienter med Parkinsons Sygdom

Det vil være nødvendigt at gennemgå de eksisterende data og opfølgingsmetoder for at vurdere, hvilke der er vigtige, og hvilke der skal videreudvikles for at dokumentere resultatet for patienten.

Heldigvis starter regionerne ikke på bar bund med at udvikle effektmål for alle patientgrupper. Der er mulighed for at bygge videre på eksisterende kliniske mål samt det internationale samarbejde ICHOM, som åbner mulighed for at sammenligne resultater for større patientgrupper på tværs af landegrænser. [Bilag 1]

Ud over at skabe synlighed og gennemsigtighed som et grundlag for kvalitetsforbedringer, er formålet også at viden om behandlingseffekt kan indgå i information og forventningsafstemning med den enkelte patient. Ved at få viden om forventet resultat og andre patienter oplevelser får patienten et bedre grundlag for sammen med lægen at tage beslutning om at iværksætte behandling eller vælge mellem forskellige muligheder.

Systematisk viden om resultatet for patienten giver samtidig afdelings- og sygehusledelsen et bedre grundlag for at optimere patientforløb ved at sammenligne metoder og vurdere hvilke aktiviteter og undersøgelser, der giver den bedste effekt for den enkelte patientgruppe. Det er i praksis et stærkt incitament i sig selv at se

sine egne faglige resultater i sammenligning med andres. Der bliver allerede i dag udarbejdet analyser af sygehusenes faglige resultater. Ændringen ligger især i, at patienternes oplysninger skal dokumenteres, at opfølgningen skal være mere systematisk og løbende, og at resultaterne skal korrigeres for patientgruppens risikoprofil, så det bliver lettere at sammenligne på tværs af afdelinger og sygehuse (såkaldt case-mix justering) [bilag 2].

Viden om resultat for patienten

Grundlaget for at kunne vurdere værdi for patienten er, at der rent praktisk indsamles oplysninger om effekten af behandlingen for hver enkelt patient inden for forskellige patientgrupper. Disse oplysninger skal komme fra to kilder. Dels sygehusets og regionens egne oplysninger om faglig kvalitet, dels ved at spørge patienterne om deres egen vurdering af behandlingsresultatet via "Patient Reported Outcome Measures" kaldet "PROM" – det vil sige spørgeskemaer, som patienten udfylder før, under og efter behandlingen [Bilag 3].

Af hensyn til muligheden for at vurdere og sammenligne resultatet mellem afdelinger, skal resultatet kobles med oplysninger om den enkelte patients køn, alder, øvrige sygdomme m.v.

I det svenske SVEUS-projekt har man fra starten udvalgt otte behandlingsområder, som vurderes særligt egnede til at afprøve værdibaseret styring. På hvert område er der nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra hver region i projektet, eksperter og repræsentanter fra det pågældende lægefaglige speciale. De har haft til opgave at udarbejde en såkaldt "regelbog" som ud fra evidens på området beskriver relevant mål for klinisk kvalitet og patientoplevelt effekt, målemetoder og risikofaktorer, som må forventes at påvirke patientforløbet og resultatet for den enkelte patient, og som derfor skal registreres og korrigeres for. Alle sygehuse i de deltagende regioner følger systematisk op på deres resultater på den aftalte måde, og det er planen, at resultaterne skal offentliggøres og sammenlignes regelmæssigt [Bilag 4].

Andre mål

I takt med, at der udvikles resultatmål, kan man fjerne procesmål. Færre procesmål giver afdelingen større frihed til at udvikle nye og effektive arbejdsmetoder. Der vil dog fortsat være procesmål, som skal opretholdes fordi forskningen viser, at netop den pågældende aktivitet har stor betydning for det endelige behandlingsresultat.

Ved at flytte fokus fra produktion til resultat for patienten kommer opfølgningen i højere grad til at handle om organisatorisk effektivitet og indsatsen set fra et brugerperspektiv end produktivitet inde på sygehuset.

Samtidig vil regionerne fortsat monitorere aktivitet og produktionsværdi, så de forbedringer, der er opnået de seneste år, ikke går tabt. Presset for høj aktivitet skal opretholdes de steder, hvor det er relevant. Eksempelvis for at regionen kan leve op til patientrettigheder om hurtig udredning og behandling.

En fælles opgave

Regioner og sygehuse er langt fra de eneste, der har en aktie i styringen af sundhedsvæsenet. Patientforeninger, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, lægeforeningen, lægefaglige specialer, kommuner og praksissektor har også interesse og medansvar for at løse opgaven.

Lægerne og andre sundhedsprofessionelle faggrupper spiller en vigtig rolle i udviklingen mod værdibaseret styring. Det er helt afgørende, at lægerne er med til at udvikle effektmål og registrerer resultaterne undervejs. Læger, sygeplejersker og andre faggrupper er dem, der i praksis skal i dialog med patienterne. Det er dem, der har den faglige indsigt til at lede arbejdet med at finde nye og smartere måder at arbejde på, for at udvikle gode og effektive patientforløb. Altså afklare hvordan vi kan gøre det bedre for flere patienter inden for de rammer, politikerne har fastsat for sundhedsvæsenet på baggrund af de samfundsøkonomiske muligheder.

Patienterne skal fremover bidrage mere aktivt til at oplyse om deres tilstand og forventninger, eksempelvis i skemaer, som de skal udfylde elektronisk på PC, tablet eller smartphone. Når der er indsamlet data om patienternes oplevelser, vil de kunne indgå i dialogen mellem læge og patient om hvad der skal gøres. I den dialog er det vigtigt at patienten og de pårørende ser sig selv som partner og tager medansvar for at vælge hvad der skal ske. Eksempelvis om man skrider til operation med det samme, med de risici det indebærer, eller om patienten først skal forsøge sig med træning, vægttab eller anden behandling.

Statens rolle er at sikre gode rammer for regionernes styring af sygehusene. I øjeblikket er regionernes finansiering afhængig af, at de når deres aktivitetsmål. Staten har også en vigtig opgave når det gælder sundhedsdata. Reglerne om datasikkerhed skal beskytte mod spredning af personfølsomme oplysninger. Samtidig er det helt centralt, at regioner og sygehuse ikke kun vil bruge data om kvalitet og effekt for patienten til forskning, men også til den løbende kvalitetsudvikling, styring og afregningsmodeller i sygehussektoren [Bilag 5].

Regionerne ønsker at indgå i et gensidigt forpligtende samarbejde med *kommunerne* om forebyggelse og om gode og effektive patientforløb. Det vigtigste når det gælder styring er, at kommunerne også kan levere data om aktivitet og omkostninger i kommunalt regi, så man kan vurdere hele forløbet på tværs af sektorer. Det er også en mulighed, at kommuner er med til pilotprojekter om at teste forskellige modeller såsom pakkeforløb og fælles budgetter.

Samarbejdet mellem sygehuset og den *praktiserende læge eller speciallæge* vil ofte kunne have stor betydning for, om forløbet ender med et godt resultat, og om patienten kan behandles uden indlæggelse.

Tværasektorielt samarbejde

I forlængelse af de overordnede mål er et vigtigt formål med at ændre styringen i sygehussektoren også at fremme populationsansvaret, så der sikres gode rammer for at sygehusene prioriterer forebyggelse og tværasektorielt samarbejde eksempelvis om tidlig opsporing og at undgå forebyggelige indlæggelser.

De gældende regler for sundhedsvæsenet lægger op til, at den forebyggende indsats i samspillet mellem kommuner og sygehuse skal fremmes af ordningen "Kommunal Medfinansiering". Denne ordning skulle øge kommunernes opmærksomhed på sundhedsområdet og muligheden for at undgå indlæggelser m.v. ved en tidlig indsats. Det er regionernes oplevelse, at ordningen ikke lever op til sit formål. I stedet opleves, at dialogen mellem region og kommuner, om sundhedspolitiske indsatser, kan blive domineret af betalings spørgsmål, at organisatoriske ændringer i regionerne får afledt virkning for kommunerne, og at regionerne bruger mange administrative ressourcer på at hjælpe kommunerne med at analysere og forklare ændringer i kommunale sundhedsudgifter fra år til år.

Regionerne ønsker i stedet at inddrage kommunerne i opgaven med at bruge de eksisterende data til at udvikle gode og effektive patientforløb og sikre en tidlig indsats og en hensigtsmæssig kommunikation og arbejdsdeling mellem sygehuse og kommuner. Styring efter gode resultater for patienterne har på sigt også potentiale for at kunne aflaste de kommunale udgifter på andre områder eksempelvis sygefravær og praktisk støtte i hjemmet.

I første omgang vil ambitionen i forhold til at udvikle samarbejdet med kommunerne derfor være at indsamle og analysere data, synliggøre resultater og potentialer og at prioritere opgaven med at implementere sundhedsaftaler og forløbsprogrammer. Indirekte forventes nye styringsmodeller at øge sygehusenes opmærksomhed på værdien af tværsektorielt samarbejde, idet fokus flyttes fra aktivitet inde på sygehuset til resultat for patienten.

Perspektiver i tilgangen: Værdibaseret styring

Teorien om Value Based Health Care anbefaler, at man går skridtet videre og organiserer sygehusets indsats omkring patientgrupper. Det vil sige at beskrive de undersøgelser og behandlinger, som forventes at give det bedste resultat for den pågældende patientgruppe, sikre at alle nødvendige funktioner er til stede på samme sted og placere ansvaret for hele forløbet ét sted.

Ideelt set vil man fra starten af et patientforløb kunne planlægge efter at tilbyde de forskellige undersøgelser og aktiviteter på den måde eller i den rækkefølge, som har vist sig at give de bedste resultater for patienter med tilsvarende behov [Bilag 6].

Ad 2. Der beskrives metoder til at identificere og koble ressourceforbrug eller omkostninger med resultater for de relevante patientgrupper.

Styring efter størst mulig værdi for patienten indebærer ud over opfølgning på resultater af et patientforløb også at man skal vurdere ressourceforbruget, det vil sige prisen for at nå det givne resultat. Målet er at opnå det bedst mulige resultat ved lavest mulige forbrug. Omkostninger i sygehusektoren omfatter løn til læger, sygeplejersker og andet personale, drift af lokaler og apparatur, medicin, medicinske produkter osv. Hvis det lykkes at løse den samme behandlingsopgave for en patientgruppe billigere, f.eks. ved at udbrede gode erfaringer fra et andet sygehus, kan sygehuset behandle endnu flere patienter eller opnå endnu bedre resultater inden for det fastsatte budget. Eller der kan frigøres ressourcer til andre formål, uden at det går ud over resultatet for den pågældende patientgruppe.

Viden om prisen for et patientforløb kan enten bruges til at sammenligne effektivitet (benchmarks) mellem sygehuse, eller til at beregne forløbspriser, som er en af de mulige nye betalingsmodeller det kan overvejes at teste.

Man kan vælge at vurdere prisen for at behandle en patientgruppe ud fra ressourceforbruget (f.eks. undersøgelser, ambulante besøg og sengedage) eller egentlige omkostninger målt i kroner.

Der ligger allerede oplysninger om ressourceforbruget i form af undersøgelser og patientkontakter i de patientadministrative systemer og i sygesikringsregistret. Disse oplysninger er dog ikke grupperet i patientforløb, så hvis en patient fejler flere ting på én gang er det ikke altid oplagt hvilke undersøgelser og behandlinger, der vedrører hvilket behandlingsforløb.

Umiddelbart vil det være lettes at vurdere priser for patientforløb ved hjælp af de eksisterende DRG-takster, som udtrykker et landsgennemsnit af ressourceforbruget i sygehussektoren.

På sigt kan det være relevant at videreudvikle redskaber til at fastslå de reelle lokale omkostninger for at kunne sammenligne omkostninger mellem sygehuse og for at vurdere variationen mellem de dyreste og de mindre ressourcekrævende tilfælde inden for samme patientgruppe.

I princippet bør alle omkostninger vedrørende et patientforløb medregnes i prisen inklusiv forundersøgelser, behandling, kontrol og opfølgning plus eventuelle genindlæggelser relateret til samme sygdomstilfælde. Reoperation som følge af forebyggelige komplikationer skal således ikke betragtes som et nyt patientforløb, men som en tilstødende hændelse, der fordyrer det samlede patientforløb.

Et vigtigt hensyn er at undgå at øge registreringsbyrden. Dog kan oplysningerne i sygehusenes økonomisystemer på sigt evt. suppleres med elektroniske løsninger, f.eks. kobling af økonomi- og bookingsystemer, så man kommer tættere på at dokumentere de reelle omkostninger ved hvert behandlingsforløb.

Opgaven med at koble patientforløb og omkostninger skal ses i sammenhæng med den videre udvikling af Landspatientregistret, omkostningsdatabasen og DRG-systemet. Regionernes behov i forhold til styringen af sygehussektoren, herunder muligheden for at sætte resultater i forhold til omkostninger for at vurdere værdi for patienten, skal være retningsgivende for videreudviklingen af økonomistyringsværktøjer og registre i Statens Seruminstitut.

Ud over sygehuset er der også andre omkostninger ved et patientforløb, som bør indgå i vurderingen af gode og effektive patientforløb. Hvis man skal se på resultatet i forhold til den samlede pris, er det ikke kun sygehusets omkostninger, der skal regnes med, men totalomkostninger inklusiv ydelser fra kommuner, praksissektor samt indirekte omkostninger til sygefravær m.v. Regionerne har adgang til oplysninger om ydelser leveret i praksissektoren, dog uden mulighed for at koble til det enkelte patientforløb. Der er også et stykke vej endnu, når det gælder kommunale ydelser.

Opfølgningssystemer i praksis

Systematisk opfølgning på patientoplevelset effekt og ressourceforbrug skal styrke sygehus- og afdelingsledelsers indsigt i deres egne resultater og muliggøre sammenligninger. Formålet med den nye viden og større synlighed er at understøtte den faglige ledelses opgave med at udvikle metoder og arbejdsgange, på patientforløbene bliver bedre og mere effektive, eksempelvis ved at fjerne aktiviteter og indlæggelser, der kan undgås, eller som ikke tilføjer nogen merværdi. Det vil være op til den faglige ledelse at vurdere, hvordan patientforløbene kan effektiviseres.

Et sygehus behandler mange forskellige patientgrupper med forskellige behov. Opfølgning på de relevante patientnære mål for effekten bliver hurtigt en omfattende datamængde, særligt når det ses i sammenhæng med de øvrige KPI-er på sygehusene. I den forbindelse er et vigtigt budskab, at forskellige målgrupper har

forskellige behov. Systematisk opfølgning på resultater vil i første omgang indgå i den faglige feedback til sundhedspersoner og i ledelsesinformation til de fagligt ansvarlige afdelingsledelser. Sygehusledelser og regioner vil efterspørge udvalgte, relevante nøgletal, eksempelvis på politiske fokusområder eller i forbindelse med omorganiseringer og udviklingsprojekter.

I praksis vil data indsamlet fra patienterne, om effekten set i forhold til de patientnære mål, komme til at indgå i den løbende opfølgning i sygehusenes ledelsesinformationssystemer. Det indebærer, at afdelings- og sygehusledelser vil få større fokus på hvilke afdelinger, der eventuelt ikke opnår så gode resultater, som de kunne, eller hvor de hidtidige mål for service og patientsikkerhed har overset et aspekt, som rent faktisk også betyder meget for patienterne. Det gælder uanset om afdelingen performer godt eller mindre godt målt på aktivitet, økonomi og ventetider.

Omvendt kan der være nogle af de delmål man følger op på i dag, der viser sig at kunne afskaffes når sygehusledelsen får bedre dokumentation for det vigtigste mål - nemlig effekten af den samlede indsats.

Når det bliver synligt hvor der er et forbedringspotentiale vil regionerne helt givet inddrage de patientnære mål i deres målstyring i rapporter til den politiske ledelse, i resultatkontrakter og tilsvarende aftaler med sygehusene. Patientoplevelse effekt vil sammen med andre mål for sygehusdriften komme på dagsordenen på de regelmæssige dialogmøder mellem afdelinger og sygehusledelser og mellem sygehusledelser og regioner, så der sikres et vedholdende fokus på at skabe størst mulig værdi for patienten.

Viden om resultat for patienterne og værdien af indsatsen set i forhold til ressourceforbruget vil kunne styrke beslutningsgrundlaget, eksempelvis når der skal gives bevilling til at finansiere en ny opgave for sygehusene eller et område i vækst, eller hvis man fra politisk hold ønsker at prioritere indsatsen for en bestemt patientgruppe.

Ad3. Der igangsættes forsøg med at udvikle og teste nye betalingsmodeller med incitamenter, herunder om muligt "bundled payment", som understøtter den adfærd, der giver størst værdi for patienten. Ambitionen er at sætte 1-2 forsøg i gang i hver region, og regionerne bestræber sig på at sikre, at de samlet set dækker et bredt udsnit af sygehusenes opgaver

Regionernes styring af sygehusene

Regionernes økonomiske styring af sygehusene foregår via betalingsmodellerne, altså den måde, hvorpå budgettet fordeles ud til sygehuse og afdelinger, som kan være mere eller mindre hængt op på omkostninger, aktivitet, service eller kvalitet.

Som udgangspunkt har regionerne frihed til at designe og udvikle deres betalingsmodeller hvorfor der er forskelle mellem regionerne. Forskellene bunder blandt andet i lokale prioriteringer og udfordringer. Samtidig er der også fællestræk. Den dominerende styringsmodel er således "takststyring med loft" [Bilag 7].

I alle fem regioner går udviklingen mod lofter eller rammer over den DRG-baserede takststyring af sygehusene, så økonomiaftalerne med regeringen kan overholdes.

Incitamentsudvalgets anbefalinger sammenholdt med den stigende efterspørgsel, forstærket styring via patientrettigheder om kort ventetid og behandlingspakker eksempelvis for kræft og hjerter, nye

behandlingsmuligheder og begrænsede vækstrammer giver anledning til at afprøve, om de økonomiske incitamenter i de anvendte modeller fortsat er indrettet optimalt for at understøtte den behandlingsadfærd, der giver størst værdi for patienten.

Udgangspunktet er, at alle betalingsmodeller indebærer økonomiske incitamenter, som påvirker aktørerne i sygehussektoren. Ingen modeller er neutrale, heller ikke rammebudget-modellen. Baggrunden for at se nærmere på betalingsmodeller er ønsket om at sikre, at de økonomiske incitamenter understøtter - eller som minimum ikke hæmmer – en fortsat udvikling i retning af gode og effektive patientforløb. Eksempelvis ved at sygehuset ikke risikerer at miste finansiering, hvis det introducerer nye ressourcebesparende arbejdsmetoder eller gør en ekstra indsats for at afskaffe aktiviteter, der ikke tilfører tilstrækkelig merværdi [Bilag 8].

Der findes ikke én optimal betalingsmodel, som altid understøtter den ønskede adfærd. Det kunne tale for mere differentierede løsninger, som tager højde for forskellige opgaver og udfordringer.

Forskellige betalingsmodeller

Der skelnes ofte mellem følgende klassiske betalingsmodeller:

- Block budget/rammebudgetter
- Capitation – betaling pr. patient
- "Produktgruppe" (forløbspris eller DRG-gruppe)
- Aktivitetsafregning pr. ydelse eller patientkontakt/fee for service
- Resultatbaseret afregning "Pay for Performance"/kvalitetsbonus

Hver betalingsmodel indebærer ud fra en teoretisk betragtning såvel fordele som ulemper, hvilket er uddybende beskrevet i bilag 8 om afregningsmodeller.

Incitamentsudvalget nåede i 2013 efter drøftelser af fordele og ulemper ved forskellige modeller frem til, at det kan være relevant at nuancere styringen ved at anvende forskellige betalingsmodeller målrettet forskellige opgaver:

"En styringsmodel skal ofte understøtte forskelligartet adfærd på forskellige områder. For eksempel kan det være hensigtsmæssigt at lægge andre hensyn til grund for afregningen af behandling af borgere med kronisk sygdom. På dette område bør det ikke nødvendigvis være et mål at opnå høj aktivitet på sygehusene, men snarere at der iværksættes initiativer, som gør, at patienterne i højere grad håndteres udenfor sygehusemnet. På andre områder, f.eks. det elektive område, kan der fortsat være behov for at sikre incitamenter til aktivitetsstigning på sygehusene. (...) For eksempel kan der anvendes aktivitetsfinansiering af dele af det akutte og planlagte område, mens der anvendes en fast afregning pr. år for borgere med kronisk sygdom." (Bedre incitamenter i sundhedsvæsenet, maj 2013, s. 110)

Hvilke økonomiske incitamenter, der kunne være særligt relevante i forhold til at understøtte varetagelsen af de forskellige opgaver i sygehussektoren, er uddybende beskrevet i bilag 8 om afregningsmodeller. I den forbindelse er det vigtigt at understrege, at betalingsmodeller skal ses i sammenhæng med den styring, der i øvrigt foregår herunder særligt af sundhedsprofessionerne og den faglige ledelse, kliniske retningslinjer, forløbsprogrammer for kronisk syge m.v.

Udviklingen væk fra aktivitetsstyring i sundhedsvæsenet ses også i andre lande. Ændringer i betalingsmodeller er blandt andet motiveret af udfordringer med at håndtere den stigende efterspørgsel uden at sundhedsudgifternes andel af BNP stiger tilsvarende. I Sverige og i USA, hvor den dominerende afregningsmodel har været betaling pr. ydelse, er dagsordenen i dag domineret af værdibaseret styring, og mere grupperede afregningsformer efter forløb eller honorering af den samlede indsats for en population vinder terræn. Eksempelvis er der i "Obamacare" sat et mål for, at 50 % af afregningen i Medicare skal være værdibaserede (grupperet betaling ledsaget af resultat- eller kvalitetsmål) ved udgangen af 2018. (Kilde: The Economist March 2015).

Storbritannien og Norge er gået mere i retning af kvalitetshonorering, hvor en andel af finansieringen afhænger af forbedring i kvalitet og patientsikkerhed[bilag 4].

Forsøg med nye betalingsmodeller for at understøtte værdi for patienten

Arbejdet med at udvikle de økonomiske incitamenter udgør en mere kompleks opgave, med større risici, set i forhold til det primære mål om at følge op på værdi for patienten. Det taler for en gradvis og kontrolleret introduktion af nye modeller. Sundhedsøkonomiske analyser og forskningsprojekter viser, at økonomiske incitamenter virker, men ikke altid på den måde man har tænkt sig. Nye betalingsmodeller kan få betydning for prioriteringen af opgaver og patienter, for registreringspraksis, for produktiviteten på en afdeling og for økonomistyringen. De kan også påvirke administrationen enten ved at det bliver mere eller mindre tidskrævende.

Ud over de teoretiske fordele er det også vigtigt for regionerne, at betalingsmodeller for sygehuse er operationelle i praksis. Deri ligger blandt andet, at betalingsmodellen kan administreres elektronisk, at modellen er forståelig og tilstrækkeligt forudsigelig for brugerne, så den kan indgå i økonomistyringen, og at den accepteres som legitim/"retfærdig". Det er også et væsentligt hensyn at lette registreringsbyrden for personalet.

Den udbredte brug af IT og sundhedsdata vil, alt andet lige, gøre det lettere rent administrativt, at teste og anvende nye og mere nuancerede betalingsmodeller end tidligere, da beregningen af eksempelvis forløbspriser eller kvalitetsbonus kan automatiseres.

Der er generel enighed om, at der er behov for mere viden om og erfaring med virkningen af forskellige afregningsmodeller. Det taler for at sætte forsøg i gang på forskellige områder, herunder særligt med "bundled payment" (forløbspriser, rammebudgetter eller capitation/betaling pr. patient ledsaget af opfølgning på outcome og evt. resultathonorering) og at sikre en systematisk og fælles erfaringsopsamling.

I SVEUS-samarbejdet er princippet, at alle syv landsting accepterer at bruge den samme beskrivelses- og opfølgingsmodel, mens afregningsdelen er frivillig idet de svenske regioner som udgangspunkt bruger vidt forskellige afregningsmodeller.

Selv om der er tale om en fælles landsdækkende indsats, er udgangspunktet, at regionerne er ansvarlige for driften af sygehussektoren og for den økonomiske styring. Sygehussektoren repræsenterer en stor og vigtig del af den offentlige velfærdssektor, som hvert år behandler omkring 2,6 millioner borgere i somatikken og

mere end 130.000 i psykiatrien, og med et samlet budget for sundhedsvæsenet på ca. 105 milliarder kroner årligt (2013-tal). Det vil det være en regional opgave og ansvar, at igangsætte forsøg som rører ved betalingsmodellerne og der skal være frihed til at tilpasse til lokale forhold.

Ambitionen er at sætte mindst 1 forsøg i gang i hver region og regionerne bestræber sig på at sikre, at de samlet set dækker et bredt udsnit af sygehusenes opgaver. Eksempler på relevante patientforløb kunne være:

- Operationer af hofter, knæ og lænderyg
- Fødsler
- Akutte funktioner og FAM
- Behandling for apopleksi
- Kronikerbehandling, f.eks. diabetes og KOL
- Psykiatrisk udredning og behandling

Indholdet i forsøgene skal være, at teste om nye betalingsmodeller eller justering af eksisterende modeller, kan understøtte indsatsen for at opnå de bedst mulige resultater for patienterne ved samme eller lavere ressourceforbrug. Forsøgene kan omfatte introduktion af helt nye betalingsmetoder, eksempelvis forløbsprisafregning med garantibetaling, overgang fra aktivitetsafregning til rammebudgetter eller resultatafhængig afregning i kombination med eksisterende betalingsmodeller. Forsøgene kan baseres på eksisterende data og kvalitetsstandarder.

Regionerne vil sikre, at der sker systematisk og så vidt mulig videnskabelig evaluering af de igangsatte projekter. Projekterne skal som udgangspunkt iværksættes med henblik på, at kunne udbredes og overgå til almindelig drift. Derfor skal evalueringen blandt andet omfatte effekt på arbejdets tilrettelæggelse og tidsforbrug, systemmæssig understøttelse, administrative ressourcer og samspil med øvrige afregningsformer i offentlig og privat regi.

Mens indsatsen med at afprøve nye afregningsmodeller vil foregå lokalt under ledelse af den enkelte region, skal der ske en fælles erfaringsudveksling og vurdering af grundlaget for udbredelse af gode eksempler og overgang til drift.

Test af nye betalingsmodeller hænger tæt sammen med første del af indsatsen, det vil sige opfølgning på effekt for patienten. Eksempelvis blev der i årene 2007-2014 indført en forløbsydelse for diabetes i almen praksis. Betalingsmodellen var en forløbspris for diabetesomsorg et år ad gangen ved egen læge inklusiv årskontrol og løbende behandling i overensstemmelse med de kliniske retningslinjer, og modellen havde umiddelbart også til formål at understøtte forebyggelse, effektiv arbejdstilrettelæggelse og gode resultater for patienten. Når forløbsydelsen alligevel endte med at blive afskaffet, hænger det blandt andet sammen med den manglende systematiske opfølgning, som ikke gjorde det muligt for regionerne at vurdere effekten for patienterne set i forhold til de samlede omkostninger ved deres behandlingsforløb.

Betalingsmodeller og tværsektorielt samarbejde

Sygehusets opgave med at understøtte befolkningens sundhedstilstand mere generelt, og at bidrage til den forebyggende indsats, betegnes "Populationsansvar". Opgaven kan kun løses i samarbejde med kommuner,

praksissektor og andre aktører eksempelvis arbejdsgivere. Paradokset i forhold til betalingsmodeller er, at jo bedre sygehuset er til at løse denne opgave, jo lavere aktivitet vil der blive registreret inde på sygehuset.

Der er flere væsentlige udfordringer, blandt andet har indsatsen et langsigtet perspektiv, hvor gevinsten kan falde mange år ude i fremtiden. Eksempelvis indsatser for at bekæmpe overvægt hos børn, patientuddannelse for kronisk syge eller sund livsstil under graviditet. En anden udfordring er, at opgaver som vedrører populationsansvaret ofte er vanskelige at registrere og kategorisere og ikke altid kan registreres som aktivitet under et cpr-nummer.

Regionerne har en fælles ambition om fortsat at udvikle og styrke samarbejdet med kommuner og praksissektor om gode og effektive patientforløb.

Selvom det er styringen i sygehussektoren, der er i fokus, vil forstærket styring efter værdi for patienten også få indirekte betydning for sygehusets partnere i primærsektoren, som de fleste patienter også er i kontakt med undervejs i deres forløb. Synliggørelse og opfølgning på resultat for patienten vil uundgåeligt føre til at indsatsen hos sygehusets samarbejdspartnere også kommer i spil, da kvaliteten af tilbuddet hos egen læge og kommunens forebyggelse, genoptræning og pleje – og koordinering med forløbet inde på sygehuset – kan få stor betydning for det endelige resultat. Såvel for patienter, der er udskrevet efter behandling, som for almindelige borgere. Lægernes henvisningspraksis kan også få betydning for resultatet, både til sygehus og til praktiserende speciallæge eller fysioterapeut med henblik på træning.

Når sygehuset bliver vurderet på det endelige resultat for patienten, er det sandsynligt at der vil komme øget fokus på betydningen af den eksterne indsats, som sygehuset ikke har direkte indflydelse på, men som påvirker outcome. Eksempelvis den opfølgende indsats i kommunen med ernæring, træning osv.

Arbejdsdelingen mellem sygehuse, praksissektor og kommune er allerede i fokus og er beskrevet eksempelvis i forløbsprogrammer for kronisk syge, sundhedsaftaler og praksisplaner. Koordineringen på afdelings- og patientniveau sker med en række værktøjer herunder udskrivelsesbreve, genoptræningsplaner, praksiskonsulenter, udgående teams, møder og opringninger m.v.

På sigt kan der også blive tale om betalingsmodeller, som omfatter forløb på tværs af sektorer. Eksempelvis underleverandør-modellen, hvor én part er ansvarlig for det samlede tilbud og får til opgave, at bestille enkelttydelser hos den anden part og følge op på, at patienten har modtaget eksempelvis træning eller kontrolbesøg. En anden model er "shared savings", hvor den indhøstede gevinst, der opnås ved at to selvstændige parter indgår i forpligtende samarbejde om gode og effektive patientforløb deles mellem parterne.

Regionernes rammebetingelser

Regionernes styring af sygehusene handler både om, hvordan regionen sætter mål for sygehusenes indsats, følger op på deres resultater og om økonomisk styring, det vil sige hvordan budgettet fordeles ud til de forskellige enheder. "Baggrundstæppet" for regionernes styring af sygehusene udgøres blandt andet af statens styring af regionerne.

Statens finansiering af regionerne

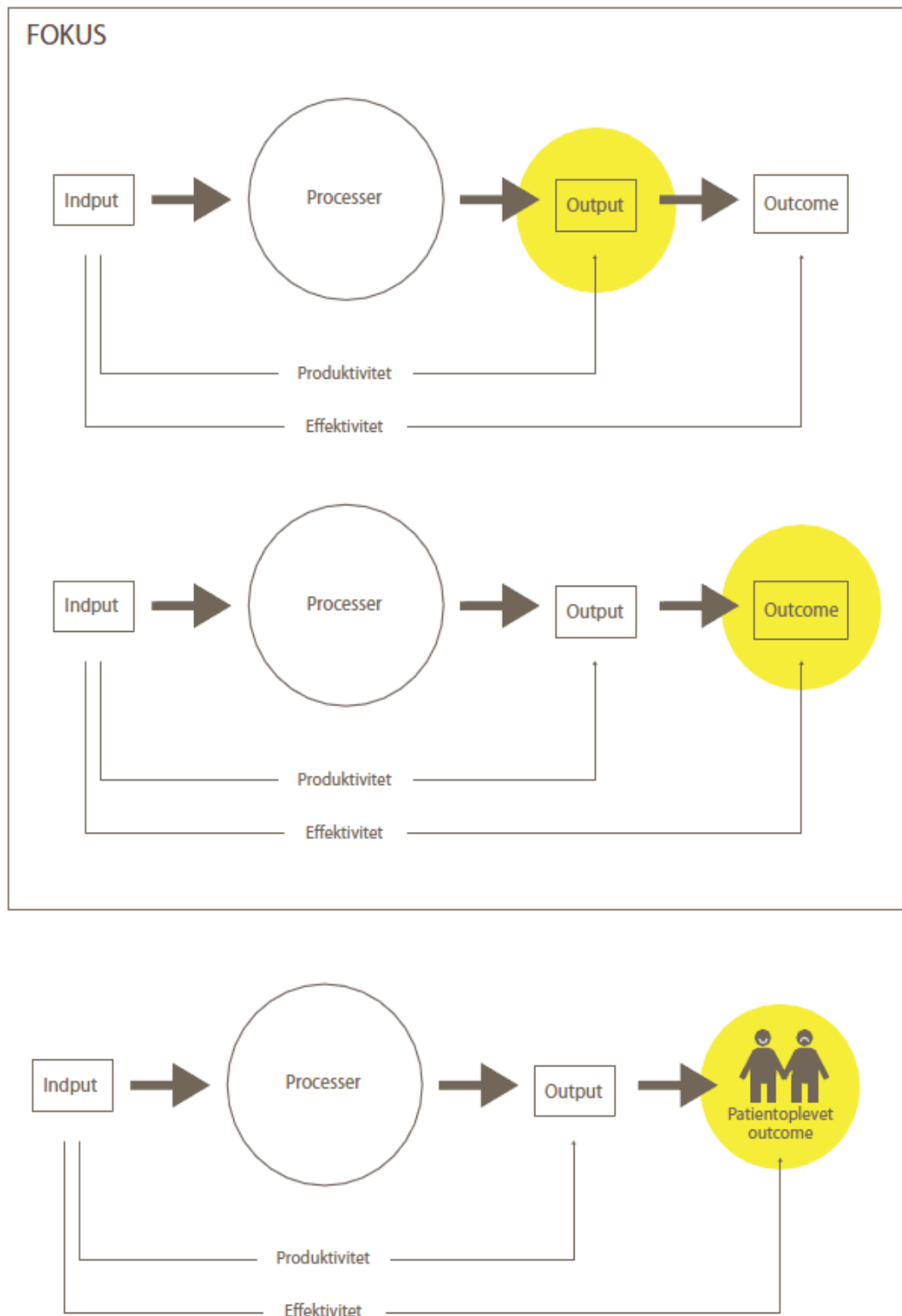
Statens finansiering af regionerne må helt overordnet ikke modarbejde strategien om at styre efter værdi for patienten og effektivisere patientforløb. Risikoen for at miste finansiering udgør i realiteten en barriere for at ændre på styringsmodeller fra region til sygehus. Aktivitetskravet fra statens side bør derfor udgå, så regionerne har større frihed til at forbedre styringsmodellerne og flytte fokus til kvalitet og resultat for patienten.

Finansieringsmodellen betyder, at hvis aktiviteten på sygehusene er for lav, mister regionen penge og så er konsekvensen, at man er nødt til at foretage budgettilpasninger på sygehusene. Eksempelvis ved at nedjustere bemanningen eller nedlægge sengepladser. I praksis vil de fleste sygehus- og afdelingsledelser helst beholde deres ramme såvel som opgaver, bemanning og beredskab, og derfor opleves et pres for at nå de udmeldte aktivitetsbudgetter.

Det fremhæves af og til, at regionerne trods finansieringsmodellen fra statens side har mulighed for at slække på aktivitetskravet i forhold til sygehusene. Virkeligheden er imidlertid, at den enkelte region skal forholde sig til risikoen for at stå med et finansieringshul, som regionsrådet selv skal dække i tilfælde af, at sygehusene ikke når deres aktivitetsmål. Eksempelvis har Region Midtjylland iværksat projekt "Ny styring" trods kalkuleret risiko for at miste op til 25 millioner kroner i kommunal medfinansiering.

En anden vigtig rammebetingelse er budgetloven, som indebærer at regionen samlet set skal overholde sit budget inden for det enkelte budgetår. Hvis en sygehusenhed bruger flere ressourcer end planlagt, skal de enten indhente merforbruget i resten af året, eller der skal overføres budget fra de andre enheder i regionen.

Figur 1



Bilag 1: ICHOM

Det internationale konsortium for måling af sundhedsresultater (ICHOM) blev lanceret i 2012. Organisationen, der har til formål at understøtte en transformation af sundhedsvæsenet i retning af at styre efter resultat for patienten i overensstemmelse med strategien Value Based Health Care, er non-profit og stiftet af kredsen omkring Michael Porter:

- Harvard B. School, Institute for Strategy and Competitiveness
- Boston Consulting Group
- Karolinska Institutet i Stockholm.

ICHOM arbejder med patienter, lægefaglige eksperter, sundhedsudbydere og sundhedsregistre for at skabe internationalt anerkendte standardsæt af resultatmål for patient/diagnosegrupper inkl. minimumsindikatorer.

ICHOM har p.t. offentliggjort 11-12 standardsæt. Frem til 2017 er målet at udvikle standarder til at måle outcome for 50 patientgrupper som skal dække 50 % af sygdomsbyrden. Arbejdet er sponsoreret af en række sundheds-ordninger fra Europa og USA, og standarderne er frit tilgængelige og kan downloades på hjemmesiden. Der lægges op til at implementere resultatop-følgning via følgende trin: Engagere organisationen, Etablere et set up for dataindsamling, måle og analysere og drive forbedringsprocessen videre ("report and act on data and disseminate best practices").

ICHOM stræber efter, at læger kan træffe datadrevne beslutninger om behandling. Det vil understøtte at patienterne modtager pleje af høj kvalitet på det rigtige tidspunkt. På samme tid vil det reducere udgifter til sundhedspleje ved at forhindre lægefejl og unødvendige behandlinger. Ligeledes understøtter synliggørelse af resultater patientens beslutningstagning i forbindelse med frit valg af behandlingssted. Læger vil ligeledes kunne anvende disse outcome-data til at vurdere, hvordan de præsterer i forhold til andre læger på verdensplan. Vidensdeling fremmer måden og metoder lægerne behandler på og kvaliteten heraf.

(Kilde: www.bcgperspectives.com og www.ichom.org)

Bilag 2: Data om resultater, individ vs aggregeret niveau

Flere og flere regioner og sygehuse følger systematisk op på kvalitetsmål og patientnære resultater. Opfølgningerne bygger på data, som i nogle tilfælde foreligger på individniveau. Registrering på individniveau, som eksempelvis i LPR og i kvalitetsdatabaser, muliggør på sigt mere detaljeret kobling af data om økonomi og resultater herunder patientoplevelt outcome, end i dag ved DRG. Andre data registreres kun på afdelingsniveau, eksempelvis patienttilfredshedsmålinger i LUP og data i omkostningsdatabasen.

Ved at koble data på individniveau kan der udvikles nye metoder til kontinuerlig monitorering af sundhedsvæsenet. Målet er at understøtte sundhedsydere til innovation og regionernes arbejde med styring og overvågning. Systemerne, som er baseret på eksisterende data, vil blandt andet muliggøre:

- Kontinuerlig, hurtig feedback og identifikation af afvigelse.
- Analyse over tid og sammenligning mellem forskellige sundhedsydere og regioner.
- Sammenligninger mellem sundhedsydelser med tunge patientgrupper.

Data på aggregeret niveau

Kvalitetsopfølgninger fra regionerne er generelt kendetegnet ved, at opfølgningen sker på afdelingsniveau

på grundlag af aggregerede data. Eksempelvis registreres svar på patienttilfredshedsmålinger ikke for den enkelte patient.

- Aggregerede data kan anvendes til at dokumentere afdelingens eller sygehusets resultater samlet set. Der kan foretages case-mix justering af resultatet i det omfang, man er i besiddelse af en profil for den pågældende patientgruppe. Eksempelvis i form af et indeks for patienttyngde, som i nogle lande anvendes til at udbetale case-mix justeret honorar korrigeret for gruppens sociale egenskaber eller sygelighed. Redskaber til case-mix justering er f.eks. ACG eller DRG.
- Data på afdelingsniveau kan ikke anvendes til at skelne mellem forskellige patientgrupper og deres sundhedstilstand. Flere diagnose-grupper rammer samme afdeling for at modtage lignende behandling men af forskellige behandlingsårsager. Det indskrænker den type standarder og indikatorer, man kan anvende. Opfølgning på afdelingsniveau vil typisk være ens på tværs af patientgrupper med forskellige behov i samme afdeling, eksempelvis epikriser eller tryksår.

Data på individniveau

For at følge op på patientens samlede ressourcetræk, kvalitet af behandling samt patientens outcome, er det nødvendigt at vide mere om patientens generelle sundhedsprofil. For at skabe sammenhæng i forløbet fra henvendelse til diagnose til behandlingsform, er det derfor relevant at lave opfølgning på individdata. Herved kan patientforløb tilrettelægges på den bedst mulige måde for befolkningen. Opfølgning på data på individniveau indebærer, at der kan opnås indsigt i behandlingsresultat koblet med baggrundsoplysninger om patienten, aktivitet eller omkostninger for hvert enkelt patientforløb. Spredning i resultater og omkostninger mellem individer inden for en diagnosegruppe, personlig risikoprofil for en patient koblet til afregning og mere forfinet risikojustering af en afdelings behandlingsresultater er også vigtigt at koble med baggrundsoplysninger om patienten, for at opnå et retvisende grundlag for sammenligning med andre afdelinger.

- På hospitalsniveau er der perspektiver i at bruge data på individniveau i forhold til tilrettelæggelse af indsats og kapacitet. Det kan gælde lavpraktisk i forhold til prioritering af ressourcer, hvor det kan være en fordel for en afdeling at vide, hvor mange svært over-vægtige eller hvor mange diabetikere der er i afdelingens patient-sammensætning.
- Data på individniveau kan anvendes til målrettede analyser af og tilrettelæggelse af tilbud for særlige patientgrupper, eksempelvis diagnosegrupper eller de såkaldte "outliers" med særligt lange eller kostbare patientforløb, eller modtagere af særligt kostbar medicin – hvor omkostningerne kan ses i forhold til resultatet.
- Ved at risikojustere tages der højde for den enkelte patients potentiale for at få gavn af behandling. Kendte risikofaktorer (BMI, rygning m.v.) har i sidste ende stor betydning for resultatet af behandling. Risikojustering ud fra den faktiske patientgruppes individuelle forhold muliggør derfor såvel bedre tilrettelæggelse af behandling, grundlag for forventningsafstemning og "shared decisionmaking" med patienten samt bedre analyser, benchmarks og sammenligning på tværs af sundhedsydere og regioner. Konsekvensen kan tænkes at blive, at patienter med lavest chance for succes eller størst risiko for komplikationer selv fravælger behandling, og det trækker i sidste ende også resultatet op.
- Ved brug af de data vi i dag har på individniveau, vil man kunne risikojustere og kigge på diagnosegrupper, således at man vil kunne målrette betaling af ydelser mere hensigtsmæssigt efter den værdi som de har. Det betyder, at betalingsmodeller kan designes, så betydningen af den enkelte patients risikoprofil "neutraliseres" ved at betalingen hæves for særligt ressourcekrævende patienter eller omvendt for særligt lette tilfælde.

- Ved at anvende individdata på tværs af sektorer opstår mulighed for at kombinere arbejdsmarkedsdata, sundhedsdata, ydelser, data og psykiatriske og sociale forhold m.m.

Ved opfølgning på aggregeret niveau kan der ikke skelnes mellem forskellige patientgrupper, men der opfølges udelukkende på den ydelsespakke, som afdelingen samlet set tilbyder. For at kunne følge op på relevansen af behandlingen for den enkelte patient bør dennes baggrund og resultat af behandling tages i betragtning. For at kunne sammenligne omkostninger, resultater og tilrettelæggelse af behandling, heraf kvalitet for patienten, bør de derfor inddeles i case-mixjusterede diagnosegrupper. Det gøres ved brug af individdata og ikke data for afdelingsniveau.

Tages der som eksempel udgangspunkt i brystkræftpatienter, får man nedenstående muligheder på individniveau som man ikke får på aggregeret niveau:

- Skelne udgifter, liggetid, andel akutte indlæggelser mm. til brystkræftpatienter i forhold til andre kræftpatienter
- Skelne udgifter, liggetid, andel akutte indlæggelser mm. afhængig af brystkræftpatienternes socioøkonomiske status, komorbiditet, alder mv.
- Følge patienterne i resten af sundhedsvæsenet, f.eks. i praksissektoren og dødsårsagsregisteret

Eksempler fra regionerne

I Region Midtjyllands "Ny styring" er en del af formålet at afdække, om der findes nogle patientnære styringsmål, der giver mere sundhed for pengene. De involverede afdelinger har hver især udvalgt, for dem, relevante og meningsfulde patientnære mål.

I Region Sjælland har man med projekt "Værdi for borgeren" siden 2012 haft fokus på at forbedre og udvikle ydelser, så borgerne både nu og i fremtiden sikres en høj kvalitet. En række af indsatsområderne under 'Værdi for borgeren' er målrettet reduktion af infektioner og tryksår opstået under indlæggelse. Andre områder handler om at få maksimalt udbytte af de mål om effektivitet og kvalitet, som er beskrevet i udvalgte patientforløb og i regi af RKKP. Målene er fastsat af regionen og målrettet de forskellige afdelinger som eks. kapacitetsudnyttelse eller mål rettet mod sengeafsnit som eks. tryksår.

I Region Hovedstadens "Driftsmålsstyring" er målet at sikre en rød tråd fra økonomi over medarbejderperspektiv, kvalitet, levering, patienttilfredshed til de politiske målsætninger og visionen for regionen ved at blandt andet måle på en række kvalitetsindikatorer. Indikatorerne fastsættes af regionen, og der følges op på afdelings- eller afsnitsniveau.

Dataanvendelse i SVEUS

I SVEUS' opfølgingsmodeller registreres resultater på individniveau. Dette gøres for at kunne relatere patientens risikoprofil til patientens outcome og kvalitet af behandlingen. Denne metode bidrager til et nuanceret billede af sundhedsvæsenets indsatser og effekten heraf. Ved at koble data på individniveau kan data anvendes til styring, herunder med henblik på opfølgning men også på betalingsmodeller, hvilket har en relevant betydning for benchmark på tværs af sygehuse og regioner. I SVEUS belønnes de behandlere, der opnår gode resultater og patienttilfredshed med så lavt et ressourceforbrug, som muligt. Det betyder ofte øgede beføjelser og større ansvar for sundhedspersonale til at stimulere innovation og værdiskabelse. SVEUS kompensation kan omfatte forskellige komponenter til forskellige patientgrupper. Et vigtigt mål er imidlertid at udvikle en standardiseret model for værdibaseret kompensation.

Bilag 3: Patient rapporterede outcome mål (PROM)

PROM er målinger af en patients helbredstilstand eller helbredsrelaterede livskvalitet. PROM er typisk korte

spørgeskemaer, som patienten selv udfylder og som måler patientens helbredstilstand eller helbredsrelaterede livskvalitet på et givent tidspunkt. Ved at bruge PROM skemaer før og efter behandling eller gentagne gange undervejs i et behandlingsforløb, kan man få et mål for den patientoplevede effekt af behandlingen. Overordnet kan PROM anvendes på både populationsniveau og individniveau.

I dette notat trækkes der især på erfaringer fra England, men også i nogen grad på erfaringer fra Sverige og New Zealand. Samlet peger erfaringerne på en række anvendelsesmuligheder for PROM indenfor:

I England har indsamling af PROM været obligatorisk siden 2009 på fire diagnoseområde:

- Ensidig hoftealloplastik
- Ensidig knæalloplastik
- Lyskebrok kirurgi
- Åreknude kirurg

England er længst fremme med systematisk indsamling og brug af PROM. Som listen ovenfor viser, anvendes PROM systematisk indenfor relativt simple kirurgisk indgreb, hvor der er et klart før-og-efter behandling. Erfaringerne med systematisk brug af PROM er derfor også i høj grad begrænset til disse områder. NHS England arbejder dog på at udvide brugen af PROM til andre diagnoseområder herunder psykiske diagnoser og kroniske somatiske diagnoser.

Hvorfor bruge PROM?

Et af de væsentligste argumenter for at bruge PROM er, at PROM data supplerer kliniske kvalitetsindikatorer og bidrager med et patientorienteret blik på kvalitet. Kliniske kvalitetsindikatorer kan eksempelvis være:

- Hospitalserhvervede infektion
- Unødvendige genindlæggelser
- Medicineringsfejl
- Manglende opfølgning på prøvesvar
- Dødelighed

Disse indikatorer er vigtige til måling af kvalitet og derfor kan PROM ikke erstatte kliniske kvalitetsindikatorer. Men eksempelvis er dødelighed ikke et relevant kvalitetsmål for alle behandlinger.

Som regel vil det ikke være særligt relevant set fra et patientperspektiv at måle kvalitet af eksempelvis knæoperationer ud fra om patienten dør eller overlever, da dødsfald er meget sjældne i relation til knæoperationer. Derimod vil det være relevant at måle om patienten oplever øget mobilitet og/eller færre smerter som følge af operationen. Netop disse aspekter af kvalitet kan PROM data måle.

Typer af PROM

Overordnet findes der to typer af PROM; generiske og diagnosespecifikke.

De generiske PROM giver mulighed for sammenligning af patientoplevet effekt på tværs af behandlingsområder. De er til gengæld ikke så detaljerede. Diagnosespecifikke PROM giver ikke mulighed for sammenligning mellem behandlingsområder. Til gengæld giver de typisk en bedre indsigt i, hvilke forhold der påvirker patientens oplevelse af effekt. De to typer bruges ofte i kombination.

Generiske PROM

De generiske PROM fokuserer på den effekt en persons helbredstilstand har på personens dagligdag. Et eksempel på en generisk PROM er EQ 5D 3L, her spørges patienten til:

1. Funktionsevne/Mobilitet (kan patienten gå uden problemer?)
2. Evnen til basal egenomsorg (Kan patienten selv vaske sig og komme i tøj?)
3. Daglige gøremål (Kan patienten deltage i eksempelvis studier, arbejde, sociale aktiviteter etc.)

4. Smerte (Føler patienten smerte?)
5. Angst/Depression

På de fem kategorier kan patienten svare ingen problemer/nogen problemer/helt hæmmet.

På baggrund af patientens svar udregnes en score, som giver et samlet indtryk af patientens helbredsrelaterede livskvalitet. Desuden bedes patienten vurdere sin helbredstilstand på en skala fra 0 til 100 - hvor 100 er bedst tænkelige helbredstilstand. Der er grund til at antage, at patientens vurdering af egen helbredstilstand (skala 0-100) i væsentlig grad afspejler betydningen af de helbredsproblemer, der angives gennem svarene på de fem helbreds-kategorier. Man skal dog være opmærksom på, at den enkelte patient kan vægte betydningen af de problemer han eller hun oplever forskelligt (ex. tillægger en patient måske ikke nedsat mobilitet samme betydning som manglende evne til basal egenomsorg).

Diagnosespecifikke PROM

De diagnosespecifikke fokuserer på de konsekvenser, en given lidelse har på patientens dagligdag. Der findes et stort antal PROM for enkelte diagnoseområder et eksempel er Oxford Hip Score (OHS) som består af 12 spørgsmål med hver fem svarkategorier. Der stilles ikke de samme spørgsmål som i EQ 5D 3L, men spørgsmålene retter sig mod emner, som også adresseres i EQ 5D 3L:

- Smerter
- Funktionsevne/Mobilitet
- Evnen til basal egenomsorg
- Daglige gøremål

Hvert svar giver en score fra 0 til 4 og patienten kan samlet få en score fra 0 til 48 (score på 48 indikerer at patienten ikke har hofteproblemer).

Som nævnt ovenfor bruges diagnosespecifikke PROM ofte i kombination med generiske. Herved kan man få et billede af, hvilke konsekvenser den specifikke lidelse har på patientens egen vurdering af generel helbredstilstand. Der gælder dog de samme forbehold i forhold til, at den enkelte patient kan vægte problemernes betydning forskelligt.

ICHOM

Som nævnt findes der et stort antal PROM-skemaer især diagnosespecifikke. Et PROM-skema udviklet i ét land kan dog ikke anvendes ukritisk i et andet land. Det kan blandt andet skyldes oversættelsesproblemer. Men der kan også være kulturelle forhold der gør, at et PROM skema genererer en type resultater i én kontekst og en anden type resultater i en anden kontekst.

Dette udgør naturligvis en barriere for sammenligning af patientoplevelt effekt på tværs af landegrænser og det begrænser samtidig mulighederne for læring mellem lande.

ICHOM udvikler PROM der muliggør sammenligning på tværs af landegrænser. Foreløbig har ICHOM udviklet PROM på følgende diagnoseområder:

- Lokaliseret prostatacancer
- Fremskreden prostatacancer
- Smerter i nedre del af ryggen
- Apopleksi
- Lungekræft
- Depression og angst
- Parkinsonssyge
- Grå stær
- Hareskår og ganespalte
- Iskæmisk hjertesygdom
- Slidgigt i knæ og hofte

- Makulær degenerering

Man kan få adgang til at anvende ICHOMs PROM-skemaer. Dette er naturligvis en fordel i stedet for at afvente, at danske klinikere udvikler validerede PROM på de enkelte diagnoseområder. ICHOM udvikler løbende PROM-skemaer på nye diagnoseområder.

ICHOM arbejder ud fra et såkaldt physician-patient partnerskab. Dette betyder, at patienter er involveret i udviklingen af PROM-skemaerne. Dette er en interessant tilgang, da det alt andet lige bør højne skemaernes validitet i forhold til at måle værdi for patienten.

Styrkelse af patientens valg af hospital, læge og behandling

En væsentlig årsag til systematisk indsamling af PROM i England er ønsket om at sammenligne hospitaler på effekten af den behandling, de giver patienterne. Der er endvidere tanker om, at sammenligne den enkelte læge på baggrund af PROM. Ønsket om sammenligning er blandt andet begrundet i, at undersøgelser viser, at behandlingens forventede effekt på helbredet, er af stor betydning for patienters valg.

Gennem åbenhed om patienters oplevede effekt af behandling på hvert enkelt sygehus (og eventuelt hos hver enkelt læge), kan PROM data således styrke grundlaget for patientens valg af hospital (og læge). Sammenligninger mellem hospitaler (og læger) kræver justering for variation i patientsammensætning og justering for variation i patienternes helbredsstatus inden behandling (case-mix).

Sammenligning af hospitalers og lægers performance målt med PROM kan gøres ud fra både diagnosespecifikke PROM og generiske PROM.

PROM kan også styrke patientens valg af behandling. Systematisk indsamling af PROM på et givent behandlingsområde giver indblik i hvilken effekt patienter oplever afhængig af objektive patientkarakteristika som køn, alder osv. Den enkelte patient kan således inden behandling få indblik i, hvordan andre patienter med samme objektive karakteristika har oplevet effekten af behandlingen, dette vil styrke den enkelte patients valg af behandling. Det kan således anvendes som et redskab til "shared decisionmaking"

Hvis der generelt sker en systematisk indsamling af PROM, vil patienten kunne sammenligne patientoplevelt effekt for medicinsk ligeværdige behandlingsalternativer. Dette vil kunne modvirke det fænomen, der kaldes "silent misdiagnosis". Begrebet "silent misdiagnosis" over, at klinikerens anbefaling af behandling ofte er styrende for behandlingsvalget, men at klinikerens anbefaling sjældent hviler på indsigt i, hvad patientens reelle præferencer er.

Økonomisk effektivisering

En række behandlinger involverer, at patienten møder op til løbende kontroller med faste intervaller. Ved fysisk fremmøde viser det sig dog ofte, at patienten ikke har behov for kontrollen. Overflødige kontroller er at betragte som spild og repræsenterer desuden en unødvendig gene for patienten.

Løbende indsamling af PROM kan fungere som et beslutningsstøtteværktøj i forhold til om den enkelte patient har behov for en rutinekontrol eller ej. Denne anvendelsesform er kendt fra Vestkronik/Ambuflex i Region Midtjylland, hvor behovet for rutinekontroller vurderes ud fra PROM for 13 forskellige diagnoser. I Vestkronik/Ambuflex tales der imidlertid om patientrapporterede oplysning (PRO), hvilket kan give anledning til begrebsforvirring. De spørgeskemaer der anvendes i Vestkronik/Ambuflex kan imidlertid også bruges til at måle effekt af behandling. Effektmåling er blot ikke fokus for Vestkronik/Ambuflex.

På baggrund af patientens PROM data sker der i Vestkronik/Ambuflex en triagering, hvor patienten enten kategoriseres som grøn (ikke behov for kontrol), gul (klinikerne vurderer om patienten skal kontaktes) eller rød (klart behov for kontrol). For de forløb der er egnet til PROM, viser erfaringer fra Vestkronik/Ambuflex,

at et stort antal rutinekontrollerne kan undlades. Dette medfører naturligvis et økonomisk effektiviseringspotentiale, da det reducerer timeforbruget for læger og sygeplejersker til konsultationer samt reducere udgifter til patientbefordring. Samtidig er der for patienterne en kvalitetsgevinst i form af et mere fleksibelt kontrolforløb og mindre tidsforbrug.

Litteraturliste

Black, Nick. Patient reported outcomes could help transform healthcare. British Medical Journal, 346 (2013). <http://researchonline.lshtm.ac.uk/612296/>

Devlin, Nancy J. & John Appleby. Getting the most out of PROMs - Putting health outcomes at the heart of NHS decision-making. The Kings Fund (2010). <https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Getting-the-most-out-of-PROMs-Nancy-Devlin-John-Appleby-Kings-Fund-March-2010.pdf>

Gutacker, Nils, Luigi Siciliani, Guiseppe Moscelli & Hugh Gravelle. PROMs and Hospital Choices. Præsentation fra PROM konference hos The Kings Fund – 18. nov. 2014. <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/media/Nils%20Gutacker%20-%20PROMs%20and%20hospital%20choice.pdf>

Mulley, Al, Chris Trimble & Glyn Elwyn. Patients' Preferences Matter. Stop the silent Mis-diagnosis. The Kings Fund (2012). http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/patients-preferences-matter-may-2012.pdf

Porter, Michael & Thomas H. Lee. The Strategy that will fix Health Care. Harvard Business Review (2013). http://www.iqg.com.br/uploads/biblioteca/the_strategy.pdf

Savitz, Lucy & Katharine Luther. Patient Reported Measures. IHI (2015). <http://www.ihl.org/resources/Pages/Publications/PatientReportedMeasures.aspx>

Smith, Sarah. PROMs in Dementia Care. Præsentation fra PROM konference hos The Kings Fund – 18. nov. 2014. <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/media/Dr%20Sarah%20Smith%20-%20PROMs%20in%20dementia%20care.pdf>

Bilag 4: Internationale erfaringer

Sverige

Sveus blev etableret i 2013 og er en platform hvor mere end 50 organisationer bestående af regioner, sundhedsudbydere, medicinske organisationer, kvalitetsregistre, patient organisationer, den akademiske verden og andre statslige organer arbejder sammen om at udvikle værdibaseret forløbsstyring og afregningsmodeller for det svenske sundhedssystem. De syv svenske regioner som indgår i SVEUS-samarbejdet om værdibaserede beskrivelser, opfølgings- og benchmarking er:

- Landstinget Dalarna (LtD)
- Region Jämtland Härjedalen (RJH)
- Stockholms Läns Landsting (SLL)
- Region Skåne (RS)
- Landstinget i Uppsala län (LUL)
- Västra Götalandsregionen (VGR)
- Region Östergötland (RÖ)

Målet er at skabe bedre muligheder for sundhedspersonale og lene til at overvåge og analysere sundhedsvæsenet og udvikle kompensationsordninger, som i stigende grad stimulerer innovation og forretningsudvikling. Sveus bidrager til en patientcentreret og tilstrækkelig behandling baseret på, at de tilgængelige ressourcer skal give så god sundhed som muligt samt et stimulerende miljø for dem, der

arbejder i sundhedsvæsenet.

I dag anvendes der allerede værdibaseret afregning indenfor dermatologi og voksenpsykiatri i Halland, KOL og Hjertesvigt i Jönköping, Dermatologi i Kronoberg, Hofte og knæproteser og Rygkirurgi i Stockholm samt på Hofte og knæproteser i Uppsala.

Udviklingsarbejdet sker i et forskningsprojekt som koordineres af F&U-selskabet IVBAR. Arbejdet er ved at blive gennemført i 12 delprojekter på nationalt plan og i de spejlede strukturer på de respektive amter. Det er 8 forskningsprojekter indenfor udvalgte patientgrupper (brystkræft, diabetes, apopleksi, osteoporose, fedmekirurgi, rygkirurgi, gigt (hofte/knæ) og fødsler) og 4 projekter om drift og afregningsmodeller. Koordinering sker gennem et fælles program kontor og en fælles styregruppe bestående af repræsentanter fra de deltagende Landsting, SKL og Socialministeriet(SE). Projektfasen forventes færdig i 2015 hvorefter en forvaltningsfase påbegyndes.

Værdibaseret styring er en strategi for ledelse og praksis i sundhedsvæsenet, der skal opnå så raske patienter som muligt med så lavt et ressourceforbrug af sundhedsydelser som muligt. I værdibaseret styring er plejen organiseret ud fra patientgrupper med lignende behov. Grupperne overvåges gennem hele forløbet på de resultater, der er vigtige for patienten. Patientgrupperne er defineret af udviklingsteams bestående af repræsentanter fra de deltagende amter, de nationale specialiserede foreninger, national kvalitet, patientforeninger og IVBAR.

For at muliggøre Værdibaseret forløbsstyring kræves det at sundhedsvæsenet er mindre fokuseret på aktivitet og produktivitet og mere fokuseret på opnåelse af sundhedsresultater/kvalitet og ressourceforbrug for forløb.

Sverige har haft succes med omlæggelse af nye finansieringsmodeller, som afregner efter outcome og ikke aktivitet, og flere regioner er gået bort fra anvendelsen af DRG-baseret/aktivitets styring.

Ivbar har bidraget med følgende opsummering af aktuelle tendenser for udviklingen af betalingsmodeller i det svenske sundhedsvæsen:

" In primary care (GP)

- Capitation is the predominant payment method with adjustment for case-mix through ACG (morbidity) and CNI (sociodemographic factors) and adjustments based on how well different targets are reached
- Stockholm County has had a predominately fee-for-service model but is shifting towards a capitation model over the coming years.

In Sweden all patients are listed with a specific doctor but in most cases these doctors work together on primary care centers where doctors balance work-load between themselves. Patients are free to change at which doctor they are listed whenever they want, this happens quite frequently. A large majority of GPs in Sweden receive a reimbursement mainly based on the number of patients they have listed. Usually a small part is based on if they reach specific goals. The reimbursement is usually paid each month and is in most cases also weighted based on the patient characteristics, commonly used is ACG (morbidity) and CNI (socio-demographic), but some counties also use simpler models based only on age and gender.

For specialist care (hospitals)

- DRG has been the predominant payment method for the larger counties and regions, but there is a clear shift towards going back to block budgets and introducing bundle payment models as part of a general trend in shifting focus of steering from productivity to efficiency and to take different measures to stimulate innovation.
- Region Skåne changed from DRG to block budgets in 2014 and will probably start implementing bundle payment models from Sveus in the coming year. Sveus monitoring models will be implemented to support the ability to measure efficiency
- Västra Götaland Region has expressed that they are likely to follow Region Skånes transition during next year.
- Stockholm County Council still has DRG but is currently in the process of reviewing its models for the same reasons as described above. Stockholm county council also has a bundle payment model implemented which will be updated to Sveus payment models and monitoring models during the coming year.
- All providers that participate in the “free patient choice” are reimbursed with the new bundled payment models. In the case of hip and knee this includes all public (including Karolinska) and private providers while the only private providers participate in the “free patient choice” in spine surgery.
- We are developing proposals for value-based reimbursement systems and principles for payment for all of the patient groups we are working in. However, each county has the right to decide if they want to deploy it or if they want to use another model. ”

(Kilde: <http://www.sveus.se>)

Norge

1. januar 2014 blev der for det Statslige ansvar af sundhedstjenesten i Norge, kaldet *Specialisthelsetjenesten*, indført en forsøgsordning med kvalitetsbaseret finansiering (KBF). I forsøget anvendes økonomiske incitamenter til, at øge målopfyldelse for kvalitet og patientsikkerhed.

KBF er en finansieringsordning hvor en andel af de *regionale helseforetagenes* (RHF) indtægter gøres afhængige af målopfyldelse på fastsatte præstationsmål med brug af kvalitetsindikatorer. KBF'en er et alternativ til fordeling af budgetmidler hvor der tages hensyn til målt kvalitet i helsetjenesten, mens rammefordeling for øvrige aktiviteter er baseret på objektive kriterier med udgangspunkt i behov. Grundlaget for beregning af KBF er et sæt udvalgte kvalitetsindikatorer med tilhørende præstationsmål. Målt kvalitet bruges til at beregne point som i tillæg vægtes for at tage hensyn til RHF'ernes størrelse og patientsammensætning. KBF fordeler midler fra staten til RHF mens RHF'erne står frit til at omfordele indtægterne fra KBF-ordningen i tråd med behov og ønskede prioriteringer i regionen. Ordningens mål for god kvalitet er baseret på definitionen fra den nationale strategi for kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

I 2014 bestod KBF af 29 indikatorer som måler forskellige dele af kvalitet, herunder patienterfaringer. Kvalitetsbaseret finansiering er i 2015 udvidet med fire nye indikatorer indenfor *psykisk helsevern voksne* (PHV) og *tværfaglig specialiseret rusbehandling* (TSB). Indikatorerne vurderes internt i direktoratet og i møder med RHF'erne efter kriterier som, at de skal være af tilfredsstillende datakvalitet, at indikatorerne

opfattes som meningsfulde og at risikoen for negative incitamenter eller uønskede skævvridning er acceptabelt når der knyttes finansiering til dem.

KBF udbetales årligt, og skal særskilt godtgøre kvalitet i patientbehandlingen. I statsbudgettet for 2014 var det afsat 497 norske millioner kroner til KBF. For KBF 2015 er der foreslået 509,8 norske millioner kroner i statsbudgettet. KBF kommer i tillæg til eksisterende finansieringsordninger, dvs. Basisbevilling og Indsatsstyret finansiering (ISF). Modellen er udviklet af Helsedirektoratet i samråd med repræsentanter fra *Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Sykepleierforbundet, Legeforeningen, RHF og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. Efter tre år foretages en helhedsvurdering af ordningen.

(Kilde: Kvalitetsbasert finansiering 2015)

England

NHS England har tilsluttet en række nationale partnerorganisationer til at afdække de nationale barrierer og muliggøre og tilskynde lokalt ledede integrerede tjenester. NHS England er en af de vigtigste partnere i det nationale samarbejde for *Integrated Care*. I maj 2013 underskrev NHS England en række forpligtelser om, hvordan de vil støtte lokale områder i at levere *Integrated Care*. *Integrated Care* er etableret med hensigten til at gøre sundhedsvæsenet personrelaterede, koordineret, er skræddersyet til de behov og præferencer den enkelte, deres omsorgsgiver og familie har. Det betyder at man skal bevæge sig fra fragmenteret pleje til en mere helhedsorienteret/forløbs tilgang til sundhed og omsorg.

Indtil Marts 2013 var *Primary Care Trusts* (PCT) ansvarlige for organiseringen af sundhedsvæsenet, herunder at arbejde med patienter og sundhedspersonale i et partnerskab med lokalsamfundene og de lokale myndigheder, og stod for omkring 80 pct. af det totale NHS budget. Med den nye lovgivning "*the Health and Social Care Act 2012*", er PCT'erne erstattet med *Clinical Commissioning Groups* (CCG). CCGs er klinisk ledet grupper, der omfatter alle almen praktiserende læger i deres geografiske område. De overvåges af NHS England, og står for de kontrakter der indgås med NHS. Formålet med samarbejdet er at give praktiserende læger og andre klinikere bedre muligheder for vurdering af den bedste behandling af deres patienter. Alle alment praktiserende læger skal indgå i et CCG-fællesskab.

CCG'erne fungerer ved at købe sundhedsydelser fra hospitalerne, herunder:

- Valgfri hospitalsbehandling (planlagt indlæggelse)
- Rehabilitering
- Akut pleje
- lokale sundhedstjenester
- Psykiatri og lignende tjenester

CCG afspejler en bestiller-udfører tankegang, hvor udvikling, innovation og omkostningseffektiv drift fremmes via ny organisering og kontraktstyring. Der kan ligge forskellige betalingsmodeller i kontrakterne, men generelt lægges der op til at styre efter værdi og outcome samt ambitionen om at tilrettelægge et sammenhængende lokalt geografisk afgrænset tilbud baseret på lokale partnerskaber og med sigte på at fremme forebyggelsesindsatsen. Der er også lagt op til øget patientinvolvering og datadrevet behandling og opfølgning.

CCG'erne er tiltænkt en stor rolle i at opnå gode resultater på sundhedsområdet for lokalbefolkningen i de enkelte områder, og NHS England har derfor udviklet et sæt performanceindikatorer, der skal måle hvor godt de enkelte CCG håndterer sundhedsudfordringer.

(kilde: www.nhs.uk/NHSEngland)

Skotland

Siden 2006 har Skotland arbejdet strategisk og organisatorisk med *In-tegrated Health Care*. Styringsarbejdet er målrettet på at udvikle nye tværsektorielle styringsformer, der i højere grad kan understøtte strategien om et integreret sundheds- og socialvæsen. Fra 2012 etableres *Health and Social Care Partnerships*, hvor der obligatorisk "pooles" budgetmidler og ansvar, og hvor de nye organisatoriske enheder får egne ressourcer og egen kapacitet samt egne ansvarsfelter og indsatsområder. Mindst 20 pct. og maksimalt 40 pct. af de budgetmidler der aktuelt går til akutte tjenester og indsatser i hospitalssystemet, overføres til disse samarbejdskonstruktioner. Formålet med *Health and Social Care Partnerships* er at ændre balancen i sundhedsindsatserne, så primærsektoren spiller en øget rolle, og integrationen mellem sektorerne og på det sociale område bliver styrket.

Skotland har under overskriften "Skotland performs" udvalgt en række mål, man vil opfylde indenfor Kvalitet og Patientsikkerhed. Formålet er, at Skotland skal være det bedste sted i verden at vokse op. Man har pt. ganske betydelige sociale problemer. På sundhedsområdet har man udvalgt 13 overordnede mål, som skal se en løbende positiv udvikling på. De 13 overordnede mål er konkretiseret i en række delmål (såkaldte HEAT-targets).

Yderligere vedtog det det Skotske Parlament i 2014 en 2020-vision, hvoraf målene for en kvalitetsstrategi for sundheds- og socialvæsenet fremgår. Det er en videreudvikling af *Health and Social Care Partnerships*, kaldet *The Public Bodies Act*. Strategien fremhæver en kollektiv forpligtelse på at forbedre patientsikkerhed, effektivitet og personcentreret pleje. Ved lovgivningen påkræves nu, at sundhedsvæsenet og de lokale autoriteter indgår samarbejdsaftaler for deres respektive geografiske områder.

Denne nye strategi fastlægger sundhedsvæsenets rolle, retning og prioritering for de næste seks år. *The Public Bodies Act* er den til dags mest omfattende reform af landets nationale sundhedstjenester og vil også radikalt ændre måden hvorpå sociale plejetjenester leveres. Fokus er særligt på at sundhedsydelse for patienter med langsigtede forhold og handicap, hvoraf mange er ældre mennesker, forbedres på tværs sektorer ved sømløse patientforløb og pleje samt sociale ydelser tættere på hjemmet.

(Kilde: *Improvement in Healthcare Our Strategy 2014-2020*)

USA

USA har succes med at tilstræbe organisering af sundhedsvæsenet i Accountable Care Organizations (ACO) hvor sundhedsudbydere indvilliger i at være ansvarlige for kvalitet, omkostninger, og den samlede pleje af patienten. The Affordable Care Act (ObamaCare, ACA) har dannet ACO'er for alle Medicare modtagere indskrevet i det traditionelle fee-for-service program. Modellerne skal understøtte bedre tilpasning af

finansieringen af *Centers for Medicare og Medicaid-programmerne* (CMS) og integrere lang- og kortsigtede sundhedstjenester tværsektorielt.

ACO'erne anvender en afregningsmodel der kobler erstatning af udgifter til behandling til kvalitetsmålinger samt reduktioner i de samlede udgifter til pleje for en patientgruppe. Der er ca. 30 kvalitetsmål indenfor patientoplevelt kvalitet, patient sikkerhed, patientforløb/koordinering samt forebyggelse og risikogrupper. ACO'en kan benytte en capitated model eller en fee-for-service model og er ansvarlige over for patienter og tredjepart, for kvaliteten, relevansen og effektiviteten af plejen som udbydes. Obama administrationen har sat et mål for at 85 procent af Medicare finansiering af fee-for-service skal være værdi- eller kvalitetsbaseret i 2016 samt 30 procent af Medicare betaling skal være knyttet til værdi eller kvalitet ved alternative betalingsmodeller i 2016 (50 procent i 2018) For større private puljer/betalingsydere (etableret til at organisere betaling af sundhedsydelser for større organisationer etc.) er målet 75 procent i 2020.

I januar 2013 meddelte CMS et nyt initiativ for en betalingsmodel baseret på bundled payments (Bundle Payments for Care Improvement, BPCI). Under de medfølgende BPCI'er indgås betalingsordninger, der omfatter finansiel- og behandlingsansvar for patientforløb. Forventninger til modellen er, at den fører til højere kvalitet og mere koordineret pleje til en lavere pris til Medicare. Der findes fire differentierede udgaver af modellen.

I model 1, Retrospective Acute Care Hospital Stay Only, er forløbet defineret som akut indlæggelse. Medicare betaler hospitalet et diskonteret beløb baseret på forudbestemte rater der anvendes i det oprindelige Medicare-program. Medicare betaler læger separat ved fee-for-service. I model 2, Retrospective Acute Care Hospital Stay plus PostAcute Care, er forløbet akut indlæggelse og alle relaterede tjenester hertil. Episoden afsluttes enten 30, 60 eller 90 dage efter udskrivelse fra hospitalet. I Model 3, Retrospective Post-Acute Care Only, udløses forløbet af en akut indlæggelse og opfølgning med stationær indlæggelse. Den stationære indlæggelse skal påbegyndes inden for 30 dage efter udredning fra akut indlæggelse og slutter enten mindst 30, 60 eller 90 dage efter indledningen af forløbet. I Model 4, Acute Care Hospital Stay Only, foretager CMS en enkelt fremadbestemt bundled payment til hospitalet, der skal omfatte alle tjenester i forbindelse med indlæggelse og andre behandlere. Andre behandlere som alment praktiserende læger speciallæger har "no-pay" fra Medicare og bliver betalt af hospitalet ud af den medfølgende bundled payment. Relaterede genindlæggelser indenfor 30 dage efter udskrivelse fra hospitalet indgår også i den bundled payment.

Generelt beskrives forløbene ved 48 forskellige kliniske tilstande.

(Kilde: www.CMS.gov)

Bilag 5: Regionernes finansieringsmodel

Den samlede ramme for regionernes økonomi på sundhedsområdet er på ca. 108 mia. kr. i 2015. Dette fastsættes i henhold til den årlige økonomiaftale, der indgås mellem Danske Regioner og regeringen.

Til sundhedsområdet modtager regionerne finansiering fra tre kilder, til at dække deres udgifter:

- Et generelt tilskud fra staten, hvilket i daglig tale kaldes for bloktilskud.
- Et aktivitetsafhængigt bidrag fra staten, hvilket kaldes for den statslige meraktivitetspulje.
- Et aktivitetsafhængigt bidrag fra kommunerne, hvilket kaldes for den kommunale medfinansiering.

Bloktilskuddet udgør ca. 80,4 procent af den samlede ramme. Bloktilskuddet fordeles dels som et basisbeløb per indbygger og dels efter en række objektive fordelingskriterier, hvilket afspejler udgiftsbehovet. Eksempler på disse fordelingskriterier er antal ledige og antal enlige over 65 år.

Den statslige meraktivitetspulje udgør ca. 1,2 procent af den samlede ramme. Puljen blev dannet i 2002 og har til hensigt at tilskynde regionerne til at øge behandlingskapaciteten og nedbringe ventelister.

Princippet i den statslige meraktivitetspulje er, at regionerne får del i aktivitetspuljen ved at realisere en aktivitet (opgjort i DRG-produktionsværdi) der er højere eller lig med et fastsat niveau – den såkaldte baseline. Denne baseline fastsættes årligt ved økonomiforhandlingerne.

Aktiviteten, der medtages i opgørelsen af den statslige meraktivitetspulje er al somatisk sygehusbehandling, samt behandling af danske borgere i udlandet samt aktivitet hos speciallæger, der udfører behandling, der er substituerbar med sygehusbehandling. Dog er en række behandlinger, som eksempelvis fertilitetsbehandling ikke inkluderet i ordningen.

Den kommunale medfinansiering udgør ca. 18,4 procent af den samlede ramme. Den kommunale medfinansiering blev indført i 2007 og har til hensigt at tilskynde kommunerne til at investere i forebyggelse og samarbejde om sammenhængende patientforløb.

Kommunerne betaler et aktivitetsafhængigt bidrag for behandling af kommunens borgere på sygehuse og på praksisområdet. Kommunerne medfinansierer på baggrund af konkret realiseret aktivitet og afregningen sker direkte mellem kommune og region.

Aktiviteten, der afregnes på i den kommunale medfinansiering er somatisk aktivitet på sygehuse, psykiatrisk aktivitet på sygehuse samt al regionsfinansieret behandling i praksissektoren.

Bilag 6: Value Based Health Care (Michael Porter)

Michael Porters strategi for at udvikle sundhedsvæsenet til at imødekomme fremtidens udfordringer indeholder seks elementer:

1. *Sygehusets tilbud skal organiseres omkring den enkelte patientgruppes behov i enheder eller centre, hvor alle patientgruppens behov kan imødekommes.*

F.eks. et hovedpinecenter. Dette skal ses i modsætning til traditionel organisering med udgangspunkt i lægefaglige specialer (neurologi, psykiatri, radiologi). På dette punkt er vi ikke langt i Danmark, men der er flere eksempler på sygehuse som arbejder i den retning.

2. *Outcome (resultat) og omkostninger skal opgøres for hver enkelt patient, så værdien af forskellige indsatser kan måles og sammenlignes.*

I Danmark har vi generelt gode data, men vi mangler systematisk viden om outcome for de store patientgrupper. Vi har gode data om aktiviteter og procedurer pr. patient, men sygehusenes økonomisystemer gør det p.t. ikke muligt at identificere omkostninger relateret til den enkelte patient og opdelt på forskellige diagnoser (samme patient kan være i behandling for flere forskellige sygdomme samtidig).

3. *Sygehusene bør modtage en samlet betaling for hvert patientforløb. Betalingen bør omfatte alle aktiviteter uanset hvem, der har ansvaret for at udføre dem.*
Forløbspriser kan afgrænses pr. intervention (f.eks. en fødsel) eller pr. periode, hvis det drejer sig om kronisk sygdom (f.eks. knogleskørhed). Hvis forløbet indeholder opgaver af væsentlig betydning for resultatet, der udføres i en anden sektor (f.eks. genoptræning), kan der anvendes en underleverandør-model, så ansvaret for hele forløbet er entydigt placeret ét sted. Selvom DRG-takster er sammensat af flere aktiviteter, er der ikke tale om forløbspriser efter principperne om værdibaseret styring.
4. *Aktiviteterne for en patientgruppe bør samles et sted, så patienten ikke skal sendes rundt i systemet.*
I sammenligning med andre landes sundhedsvæsen har vi et enstrengt system i Danmark. Specialeplanlægningen sikrer, at de funktioner, der indgår i et behandlingstilbud af høj kvalitet, også kan være til stede på samme matrikel. Udfordringen i Danmark ligger især på de områder, hvor sektorgrænser betyder at en essentiel aktivitet varetages uden for sygehuset, f.eks. genoptræning. Modellen foreskriver tværsektorielt samarbejde om patientforløb.
5. *Geografiske optageområder bør udvides, så man sikrer et bæredygtigt tilbud, der er tilstrækkeligt specialiseret*
Denne opgave håndteres i Danmark via specialeplanlægningen.
6. *Der skal opbygges IT-platforme, som sikrer relevant udveksling af data mellem de behandlere, der er i kontakt med patienten, så patienten kun behøver give oplysninger én gang og henvende sig ét sted. Systemet bør understøtte det kliniske arbejde.*
I internationale sammenligninger får Danmark høj score inden for sundheds-IT, men der er stadig udfordringer med bla. udveksling af data, bookingsystemer og dobbeltregistreringer.

Link til: www.vbhc.dk

Bilag 7: Eksempler på gode og effektive patientforløb

For at illustrere den måde, sygehusene skal arbejde på for at skabe størst mulig værdi for patienten, har vi samlet nogle eksempler fra regioner og sygehuse på gode og effektive patientforløb. Hvor det både er muligt at opnå fagligt gode resultater, patienttilfredshed og omkostningseffektiv drift. Eksemplerne viser også, hvordan der allerede bliver arbejdet med innovation og faglig udvikling på mange sygehuse og afdelinger. Nye styringsmodeller gør ikke en forskel i sig selv, men skal understøtte ledelsens og medarbejdernes arbejde med at forny og forbedre deres indsats, så den skaber stadig bedre resultater for patienterne.

Hvilke innovative løsninger kan resultere i bedre og mere effektive patientforløb? Nogle eksempler (som illustrerer de overordnede mål)

- *Ambuflex – behovsvurdering ud fra patientens egne oplysninger*
Region Midtjylland har forsøgt at optimere konsultationerne i sygehusambulatorier ved at indføre Ambuflex, der er et dialogværktøj mellem behandler og patient, hvor patienten besvarer korte spørgeskemaer om eget helbred. Samtidig kan unødvendige konsultationer undgås, da disse planlægges efter behov og ikke faste intervaller. Metoden giver samtidig mulighed for at tilbyde en individualiseret behandling, der drager nytte af de oplysninger, patienten selv indberetter.
- *Integrated Care – forebyggelse sammen med kommunen*
Med projektet "Integrated Care", der er inspireret af og understøttes af praktiske erfaringer fra et Integrated Care projekt i North West London, ønsker Region Syddanmark i samarbejde med Odense

Kommune, at afprøve en konkret samarbejdsmodel, hvor aktørerne Odense Universitetshospital, Psykiatrien i Region Syddanmark, almen praktiserende læger og Odense Kommune indgår i et forpligtende samarbejde.

Integrated Care projektet gør op med en række grundlæggende barrierer, der hidtil har stået i vejen for et mere velfungerende tværfagligt- og tværsektorielt samarbejde for to udvalgte patientgrupper; den ældre medicinske patient og borgere med stress, angst og depression. Projektet indebærer, at de tre hovedaktører på området – sygehus, almen praksis og kommune decentralt skal arbejde tættere sammen i regi af tværsektorelle teams (TST), hvor de fagprofessionelle i fællesskab med borgeren har ansvaret for at planlægge en koordineret og sammenhængende behandlingsindsats. Projektet har både til formål at opnå bedre resultater for patienterne (eksempelvis bremse sygdomsudvikling) og at nedbringe omkostninger (færre forebyggelige indlæggelser og kortere perioder med sygefravær).

Region Sjællands Tværsektorielle Patientsikkerhedsgruppe har i perioden 2013-2014 arbejdet målrettet med at udvikle det tværsektorielle behandlingssamarbejde omkring voksne psykiatriske patienter, der bor på botilbud i Region Sjælland. Gruppen er kendetegnet ved, at der ofte er flere personer, instanser og sektorer involveret i patientens behandling. Formålet er især at fremme patientsikkerhed og korrekt medicinering.

- *Gentofte ortopædkirurgi – operation eller ej? Færre vælger operation når de får information*
Ortopædkirurgien i Gentofte har iværksat flere initiativer for at inddrage patienterne i beslutningen om der skal foretages en operation eller ej. I samarbejde med Danske Regioner og Trygfonden har afdelingen udarbejdet en video om slidgigt (artrose) i knæet. Her forklarer to kirurger om de forskellige muligheder for behandling patienterne har – i filmen indgår endvidere to patienter, med slidgigt i knæene, som fortæller om deres valg af behandling. Det er tanken med filmen, at den skal hjælpe patienterne med at gøre nogle overvejelser, inden de sammen med lægen skal beslutte, hvilken behandling der er den rette for den enkelte patient.

Virksomheden af filmen er afprøvet ved at sammenligne to patientgrupper. Den ene fik forevist filmen, mens den anden ikke gjorde. I gruppen, der fik forevist filmen viste det sig, at der var 30 pct. færre, der valgte operation, som løsning på problemerne med slidgigt i knæet.

Afdelingen har gennem en periode arbejdet med patientscoring efter en fælles internationalt anvendt standard Oxford knee score, her scorer patienterne sig selv for funktionsevne – skemaet udfyldes inden operation og efter operationen.

Afdelingen har arbejdet med at indarbejde spørgsmålene på en tablet, så patienternes selvscoring vil overføres til en fælles database og være umiddelbart tilgængelige for læge og patient ved forundersøgelsen, hvor der på Gentofte i fællesskab tages stilling til om, patienten skal opereres eller genoptræning/vægttab er alternative behandlingsmuligheder, ud fra sammenlignelige patienters scoringer (erfaringer).

- *Effektivisering af patientforløb i projekt "Ny styring" i Region Midtjylland*
Omlægning fra stationær til ambulans behandling for udvalgte patientgrupper
Dvaleambulatorium (patienter afgør selv, hvornår de har behov for at komme til kontrol frem for, at alle følger samme antal kontroller)
Patientforløb på patientens præmisser, hvor der afviges fra standardforløb, men hvor der i stedet vurderes, hvad hver enkelt patient har brug for. Dette mindsker særligt antal kontrolbesøg samt har gjort, at patienter fravælger operation, når de får information om alternativer.
Patienttilfredshedsmålinger og nedsættelse af patientpanel (en enkelt afdeling) målrettet specifikke

forhold på afdelingen/i behandlingen

- *Medicinpumper – patienten kan selv styre sin behandling og skal ikke indlægges så tit*
[Case fra Amgro – Medicinalbranchen udvikler hele tiden de teknologiske løsninger, eksempelvis medicinpumper som indebærer at patienten selv kan dosere præparatet hjemmefra uden at skulle ind omkring ambulatorier eller afdelinger og have taget blodprøver og behandles med indsprøjtninger eller drop. Dilemmaet kan være, at medicinløsningen er dyrere men kan spare patienten for tid og ubehag samtidig med, at afdelingen kan spare personaleressourcer. Det vil samtidig indebære, at aktiviteten i sygehussektoren falder.]
- *Akutteams, forebyggende hjemmebesøg – akutte medicinske indlæggelser kan undgås*
Casebeskrivelse fra Linked.in: Ballerup, Herlev og Furesø Kommune er i samarbejde med Region Hovedstaden og Gentofte og Herlev Hospital gået sammen om et nyt team af sygeplejersker, der rykker ud, hvis personalet i hjemmeplejen, på landets plejecentre, rehabiliteringsenheder eller bosteder er i tvivl om en patient. Det nye team går under navnet SHS-team (Specialiserede Hjemmesygeplejersker, red.) og står klar hele døgnet. Sygeplejerskerne har viden inden for forskellige områder, herunder bl.a. intern medicin, hjemmesygepleje, intensiv og neurologiske patienter. Deres opgave er bl.a. at skabe en stabil situation for patienten i hjemmet og at forebygge unødvendige indlæggelser.

Region Nordjylland, Aalborg Universitetshospital (AAUH) har indført subakutte ambulatorietider. Formålet er at undgå unødvendige akutte medicinske indlæggelser. Almen praksis får dermed et alternativ til indlæggelse samt forøget mulighed for rådgivning. Initiativet er ledsaget af en ny strategi for kommunikation mellem AAUH og almen praksis

- *Hjemtagelse af opgaven at fjerne sting efter operation*
Effektivisering af det samlede patientforløb kan også ske ved, at en opgave, som tidligere har været varetaget af egen læge, trækkes ind på sygehuset. Eksempelvis på Captio St. Görans Sjukhus i Stockholm har man som led i indsatsen for at formindske infektionsrisikoen valgt at kalde patienterne ind på sygehuset til kontrol, når de skal have fjernet sting. Dermed får specialisterne på afdelingen bedre mulighed for straks at identificere tidlige tegn på infektion og iværksætte medicinsk behandling, så reoperation kan undgås.

Bilag 8: Afregningsmodeller fra region til sygehuse

Afregnings- eller betalingsmodeller fra region til sygehus har i samspil med andre styringsredskaber betydning for finansiering, innovation og incitament i sundhedsvæsenet. Der findes ikke én optimal afregningsmodel. De forskellige modeller har udover deres hensigtsmæssige effekt også en eller flere mindre uhensigtsmæssige effekter, som der må tages højde for i designet. Det er derfor vigtigt at synliggøre alle effekter og tilstræbe, at valgte afregningsmodeller løser de finansierings- og incitamentsproblemer, der er behov for og at de anvendes i den rette kontekst.

Der skelnes ofte mellem følgende klassiske betalingsmodeller:

- Budget/rammestyring
- Kapitation – betaling pr. patient/basishonorar
- "Produktgruppe" (forløbspris eller DRG-gruppe)
- Aktivitetsafregning pr. ydelse eller patientkontakt ("Fee for Service")

· Resultatbaseret afregning "Pay for Performance"/kvalitetsbonus

Hver betalingsmodel indebærer ud fra en teoretisk betragtning såvel fordele som ulemper.

Eksempelvis er en fordel ved rammebudgetter, at de giver relativt stor budgetsikkerhed, mens de økonomiske incitamenter i modellen ikke i sig selv bidrager til at øge produktiviteten og kvaliteten. Rammebudgetmodellen anvendes eksempelvis på det akutte område i Region Syddanmark og på ni afdelinger i Region Midtjylland i projekt "Ny styring i et patientperspektiv", hvor modellen suppleres med styrket resultatopfølgning.

I et system med aktivitetsafregning modtager leverandøren højere betaling jo flere ydelser eller patientkontakter, der produceres. I dette system bidrager de økonomiske incitamenter til at øge aktiviteten (dog ikke nødvendigvis produktiviteten) og til at tilbyde en høj tilgængelighed uanset det givne kvalitetsniveau og uanset om ydelsen kunne være undgået ved en mere effektiv arbejdstilrettelæggelse, højere faglig kvalitet eller forebyggende indsats. Denne model kendes i sin rene form især fra praksissektoren.

Aktivitetsafregning i den dominerende takststyringsmodel får karakter af rammestyring, når aktivitetsniveauet ligger over det fastsatte aktivitetsmål eller loft over afregningen. En variant af modellen er rammestyring med aktivitetsopfølgning, hvor der efterfølgende år typisk vil ske nedjustering af rammen, hvis aktiviteten har vist sig at falde, og ændringen vurderes at være permanent.

Forløbsprismodellen indebærer en samlet afregning for hele patientforløbet. I den såkaldte "Stockholmsmodel", som anvendes i flere svenske län til hofte-, knæ- og rygoperationer og er under udbredelse til flere patientgrupper i SVEUS-projektet, indgår i den seneste version ud over en komplikationsgaranti også en resultatbaseret honorarandel. Intentionen med modellen er at etablere et økonomisk incitament, der arbejder i samme retning som de sundhedspolitiske mål ved på samme tid at understøtte aktivitet og tilgængelighed, høj faglig kvalitet, patientoplevelse effekt og effektivisering via innovation i omkostningsbesparende metoder.

Det er forskelligt, hvordan, hvornår og hvor aktivt regionerne i forvejen bruger muligheden for at påvirke sygehusdriften med økonomiske incitamenter. Der kan vælges en strategi, hvor de sundhedspolitiske mål søges indfriet med andre midler inden for en fast økonomisk ramme. En anden mulighed er, at afregningsmodellen indrettes efter at understøtte den ønskede adfærd. Økonomiske incitamenter kan bruges mere aktivt til at fremme en bestemt adfærd. Økonomiske incitamenter kan også i visse tilfælde hæmme en ønsket udvikling på grund af risikoen for at miste finansiering.

Ved at sammenligne fordele og ulemper ved forskellige modeller kan kombinationsmuligheder fremhæves for at sikre færrest mulige uønskede effekter. Afregningsmodeller beskrevet i det følgende kan suppleres med hinanden eller med resultatbaseret afregning i form af bonusser eller sanktioner, som sigter mod at stimulere målopfyldelse eksempelvis outcome for patienterne set i forhold til omkostningsniveauet.

Notatet skal bidrage til at belyse potentialet i at nuancere og differentiere afregningsmodeller yderligere, hvilket eksempelvis også allerede er tilstræbt i dag ved aktivitetsafregning med loft. Afregningsmodeller kan således med fordel differentieres til de enkelte regioners forhold og behov og derved koble flere aspekter og mål for styring af et mere sammenhængende sundhedsvæsen.

Aktivitetsafregning/Fee-for-service

Kompensation gives efter mængden af registreret aktivitet (stykpris).

<p><i>Fordele:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Understøtter en høj produktion og kapacitetsudnyttelse (nedbringelse af ventetiderne, reduktion af indlæggelsestiderne, øget brug af ambulant behandling) - Bidrager alt andet lige til høj tilgængelighed - "Pengene følger patienterne" (konkurrence mellem udbydere) <p>Simpel og operationel fordeling af ressourcer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrativt funktionel som fordelingsmekanisme 	<p><i>Ulemper:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Understøtter ikke i sig selv omkostningseffektiv produktion og effektivisering af arbejdsmetoder - Kan være udgiftsdrivende - Samme betaling uanset kvalitet af ydelser - Risiko for at honorere uønsket/overflødig aktivitet - Risiko for ringere budgetsikkerhed - Intet eller negativt incitament til at prioritere effektiv forebyggelse - Det kan være svært at følge med udviklingen af takster, indholdsmæssigt har ydelses-sortimentet ofte et tidsmæssigt "efterslæb", som øges jo mere detaljeret en takst er defineret
<p><i>Særligt egnet til områder med:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ventelister eller stigende efterspørgsel - Flere konkurrerende udbydere og frit valg - Efterspørgslen er eksternt givet og kan ikke påvirkes af udbyderen (herunder mindre forebyggelsespotentiale) - Kan tage højde for stor variation i omkostninger inden for en heterogen patientgruppe, idet taksterne kan differentieres ned på individniveau 	

I praksis er aktivitetsbaseret honorering ofte kombineret med et loft for at give budgetsikkerhed. I så fald overtager honorarmodellen nogle af de egenskaber, der gælder for rammebudget-modellen for den del af aktiviteten, der ligger over baseline.

Aktivitetsafregning/DRG

Behandlere refunderes for definerede pakker med en forudbestemt pris koblet til. DRG-afregning fokuserer på aktiviteten og ikke den (faglige) kvalitet

<p><i>Fordele:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Incitament til at nedbringe de lokale omkostninger inden for en DRG-gruppe - Understøtter høj aktivitet - "Pengene følger patienterne" 	<p><i>Ulemper:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Risiko for op-drift i kodning - Risiko for bortselektion af de tungeste individer i gruppen - Det kan være svært at følge med udviklingen af takster, indholdsmæssigt har ydelsessortimentet ofte et tidsmæssigt "efterslæb", som øges jo mere detaljeret en takst er defineret - Afgrænsning af aktiviteter vedr. pågældende diagnose ift. øvrige indsatser (match mellem kontakter og forløb)
<p><i>Særligt egnet til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bredt sammensat opgaveportefølje 	

I DRG vil der indenfor den gældende takst kunne ske udvikling af effektivitet og innovative arbejdsmetoder.

Kapitation/Basishonorar

Betaling pr. patient. Kompensationen er typisk baseret på befolkningens sammensætning og risikoprofil (CNI og ACG) i den givne sundhedsudbyders patientgruppe.

<i>Fordele:</i> <ul style="list-style-type: none">- Giver incitament til forebyggende indsatser- "Pengene følger patienterne"- Incitament til at nedbringe omkostninger- Incitament til at driftsoptimere og fjerne overflødig aktivitet- Budgetsikkerhed	<i>Ulemper:</i> <ul style="list-style-type: none">- Risiko for lav produktion og produktivitet- Samme betaling uanset kvalitet
<i>Særligt egnet til:</i> <ul style="list-style-type: none">- Almen praksis med patientliste	

(På områder i det offentlige sygehusvæsen uden reel konkurrence minder modellen om budgetramme)

Budget/rammestyring

Betaling er baseret på en forudbestemt budget. I den rene model er der ikke et aktivitetskrav.

<i>Fordele:</i> <ul style="list-style-type: none">- Incitament til at prioritere forebyggelse- Tilskyndelse til innovative arbejdsmetoder/effektivitet- Incitament til at fjerne overflødig aktivitet- Sikkerhed for at kunne opretholde en bemanded funktion- Budgetsikkerhed	<i>Ulemper:</i> <ul style="list-style-type: none">- Risiko for lav produktion og produktivitet og dårlig tilgængelighed- Samme betaling uanset kvalitet- Ikke incitament til at reducere omkostninger inden for rammen
<i>Særligt egnet til:</i> <ul style="list-style-type: none">- Områder med svingende efterspørgsel- Opgaver som ikke kan afværges- Nødvendige funktioner, som skal varetages- Områder uden konkurrerende alternativer	

I det følgende beskrives Forløbsprismodellen pr. periode, forløbsprismodellen pr. indsats samt pay for performance,

Forløbsprismodel pr. indsats

Ved forløbsprismodellen får sundhedsyderen en fast betaling på forhånd for behandlingen af en diagnose eller en procedure. For at styrke sammenhængen i behandlingen er forløbet bygget op til at dække flere forskellige sundhedsydelser. I nogle forløbsprismodeller gøres sundhedsyderen økonomisk ansvarlig i en bestemt periode ved at der gives en komplikationsgaranti. I Stockholm og Uppsala anvendes dette princip i dag for planlagte hofte og knæ operationer. Ligeledes er der i Halland, Jönköping og Kronoberg indført Care Episode fordele.

<i>Fordele:</i> <ul style="list-style-type: none">- Incitament til at prioritere	<i>Ulemper:</i> <ul style="list-style-type: none">- Risiko for ringere budgetsikkerhed
--	--

<p>forebyggelse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tilskyndelse til at effektivisere arbejdsmetoder - "Pengene følger patienterne" - Incitament til at styrke kvaliteten og undgå komplikationer via garanti - afregnes efter patientrelevant behandlingsudfald - pakkepris sikrer at patienten får den nødvendige behandling - case-mix justering sikrer korrekt betaling til sundhedsyderen 	<ul style="list-style-type: none"> - Afgrænsning af patientgrupper og forløb ift. øvrige indsatser (match mellem kontakter og forløb) - Samspil med øvrige honorarmodeller - Det kan være svært at følge med udviklingen af ydelser, indholdsmæssigt har ydelsessortimentet ofte et tidsmæssigt "efterslæb" - Risiko for bortsektion af de tungeste individer i gruppen, dog i mindre grad hvis man case-mix justerer
<p><i>Særligt egnet til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klart afgrænsede indsatser, hvor der er et forebyggelsespotentiale - Områder med klare standarder og konsensus om faglige kvalitetsmål - Indsatser med behov for sammenhængende (forudsigelige?) patientforløb 	

Forløbsprismodel pr. periode

For kroniske diagnosegrupper er det vanskeligt at afgrænse indsatsen, hvorfor betalingen i stedet dækker over en forudbestemt periode hvor patienten følges. I modsætning til kapitationsmodellen honoreres kun de behandlinger, undersøgelser og kontakter, der vedrører den relevante sygdom.

<p><i>Fordele:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Incitament til at prioritere forebyggelse - Tilskyndelse til innovative arbejdsmetoder/effektivitet - "Pengene følger patienterne" - Der kan nemmere identificeres afvigelser i behandling 	<p><i>Ulemper:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Samspil med øvrige honorarmodeller herunder afgrænsning af kontakter vedr. den konkrete sygdom - Det kan være svært at følge med udviklingen af ydelser, indholdsmæssigt har ydelsessortimentet ofte et tidsmæssigt "efterslæb" - Risiko for bortsektion af de tungeste individer i gruppen, dog i mindre grad hvis man case-mix justerer
<p><i>Særligt egnet til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Behandling af kronisk syge patienter, hvor der er et forebyggelsespotentiale - Områder med klare standarder og konsensus om faglige kvalitetsmål - Områder hvor effekten af indsatsen kan dokumenteres - Analyser over tid og benchmarks mellem forskellige sygehuse og regioner. 	

Resultatbaseret afregning/Pay for performance

Økonomisk incitament-system som supplement til eksisterende afregningssystemer, f.eks. DRG eller ydelsesafregning, med det formål at give et direkte økonomisk incitament til at styre efter et bestemt mål, typisk et kvalitets- eller servicemål.

<p><i>Fordele:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Har ofte god effekt på performance - Let at kommunikere 	<p><i>Ulemper:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Risiko for målforskydning - Kan være udgiftsdrivende
---	--

		- Samspil med underliggende incitamentsstruktur kan være uigennemskuelig	
<i>Særligt egnet til:</i> - Områder hvor der er et klart defineret og entydigt resultatmål			
Resultatafregning udgør en tværgående model, der kan kombineres med de øvrige modeller for at fremme realiseringen af specifikke mål. Pay for performance modellen knytter bonusser baseret på videns- eller erfaringsrelaterede mål, eller forløbspris/værdibaseret modeller som stimulerer velfærd ved at være knyttet direkte til behandlingsresultater og herved påvirker alle hertil hørende aktiviteter			
<p style="text-align: right;"><i>(Kilde: Ersättning i sjukvården, Peter Lindgren, og Bedre incitament i sundhedsvæsenet, sum.dk)</i></p>			