

HUR SKA DEN MÅLRELATERADE ERSÄTTNINGEN UTVECKLAS?

Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Analysenheten
November 2007

Västra Götalandsregionen
Regionkansliet
Hälsa- och sjukvårdsavdelningen, analysenheten
541 80 Skövde

Upplysningar om rapportens innehåll lämnas av Bengt Kron 0500-495679
bengt.kron@vgregion.se

Sammanfattning	4
Generella förslag	4
Förslag som främst berör kvalitets- och patientsäkerhetsområdet	5
Bakgrund	7
Uppdraget	7
Arbetsgrupp	7
Nationella och internationella erfarenheter av resultatbaserad ersättning	8
Internationella erfarenheter	8
USA	8
England	9
Nationella erfarenheter	11
Stockholms läns landsting	11
Vårdval Halland	11
Västra Götaland	12
Övriga erfarenheter	12
Vetenskapliga analyser av pay-for-performance	13
USA	13
England - primärvård	14
Sammanfattning	14
Styrning och stöd av icke-ekonomisk natur	15
Faktorer som påverkar utfallet vid incitamentsstrategier	16
Innehållet i den målrelaterade ersättningen	18
Resultatet av tidigare uppföljningar	18
Lämpliga områden för kvalitetsersättning	19
Regionala aspekter på målrelaterad ersättning	20
Sambandet mellan den regionala uppföljningsmodellen och målrelaterad ersättning	20
Grundläggande krav på hälso- och sjukvården kontra förbättringar	21
Utveckling av informationssystemen	21
Aspekter på riskdelningen	22
Förslag som rör den målrelaterade ersättningen generellt	23
Den målrelaterade ersättningens andel av totalersättningen	23
Den målrelaterade ersättningens finansiering	23
Positiva kontra negativa ekonomiska incitament	24
Villkorad ersättning kontra bonuspool	24
Mot vilken nivå ska de ekonomiska incitamenten riktas?	24
Lokalt beslutade ersättningsnivåer eller regionalt enhetliga ersättningar?	25
Samordnad styrning	26
Förslag som främst avser rör den målrelaterade ersättningens kvalitets- och patientsäkerhetsdel	26
Lämpliga områden/indikatorer	26
Absoluta kontra relativa mål	28
Målnivåer	28
Enkla eller sammansatta indikatorer	29
Olika modeller för den målrelaterade ersättningen	29
Betydelsen av välfungerande informationssystem	30
Bilaga 1	31

Sammanfattning

Inom Västra Götalandsregionens somatiska sjukhusvård har målrelaterad ersättning använts sedan 2005. Denna ersättningsform är numera även en del av såväl primärvårdens som psykiatriens ersättningsmodeller. Hittills har målrelaterad ersättning utgjort en mycket liten del av den totala ersättningssumman. Hälso- och sjukvårdsutskottet har uttalat att denna typ av ersättning bör användas allt mer för att få de styrningseffekter som eftersträvas.

Användningen har framförallt berört områden som kan inordnas under begreppen tillgänglighet och samverkan mellan vårdnivåer. Däremot har ersättningen i mindre omfattning berört medicinsk och patientupplevd kvalitet samt patientsäkerhet. Denna rapport fokuserar därför på frågan hur man ska koppla ersättningsystemet till strävanden att förbättra dessa områden. Även om rapporten till stora delar handlar om detta, innebär det inte att övriga målområden är mindre viktiga. Till exempel bestäms effektiviteten inte bara av kvalitetsnivån utan även av interna vårdprocesser och samverkan mellan olika vårdnivåer.

Den arbetsgrupp som står bakom rapporten anser att målrelaterad ersättning har en stor utvecklingspotential. Styrningen av hälso- och sjukvården kan förbättras genom att kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor får ökad uppmärksamhet. Men målrelaterad ersättning är i sig själv inte en tillräcklig faktor för att åstadkomma detta. Den omgivande miljön måste stödja inriktningen genom till exempel offentlig rapportering, riktlinjer och vårdprogram, teknisk support och utbildning.

Denna rapport anger principerna för hur den målrelaterade ersättningen ska användas inom regionen. I enlighet med regionens styrmodell är det beställare och utförare som avgör detaljerna då det gäller inriktning och omfattning. Även om den målrelaterade ersättningen blir mer omfattande än tidigare kommer de övriga delarna i ersättningsmodellen, dvs fasta anslag och prestationsersättning, även fortsättningsvis att vara dominerande.

Nedan sammanfattas förslagen i rapporten.

Generella förslag

Andel av totalersättningen. Den målrelaterade ersättningens andel av totalersättningen bör fram till 2010 successivt höjas till minst 3 procent av totalersättningen.

Finansiering. Den målrelaterade ersättningen bör finansieras genom att hälso- och sjukvårdsnämnderna i samband med överenskommelsearbetet avsätter resurser inför ett nytt år.

Incitamentens karaktär. Den målrelaterade ersättningen bör konstrueras så att bonus utfaller om utföraren uppnår ett överenskommet mål. Negativa incitament, dvs bortfall av avtalad ersättning, bör endast användas då utföraren inte når upp till en acceptabel grundnivå.

Mottagare av ersättningen. I politiska beslut har flera gånger slagits fast att ersättningen ska riktas till sjukhus- och vårdcentralnivå. Den målrelaterade ersättningen bör således riktas till sjukhusnivån och till vårdcentraler. Målrelaterad ersättning ger beställarna en möjligt att påverka sjukvården på ett mer detaljerat sätt än vad som varit fallet tidigare. Ersättning med inriktning på kvalitet och patientsäkerhet handlar om frågor i sjukvårdens vardag. Därför

kommer denna ersättningsform att engagera och påverka professionen i större utsträckning än tidigare då man till stor del fokuserat på antal besök, vårdtillfällen och DRG-poäng.

Incitament av ekonomisk art bör samordnas med styrning och stöd av icke-ekonomisk natur. Icke-ekonomisk styrning och stöd har stor verkan. En kombination av ekonomiska stimulanser och icke-ekonomisk styrning är mer verkningsfull än dessa var för sig.

Ersättningsnivåer. Beslut om ersättningsnivåer fattas lokalt. Regionstyrelsen ska kunna besluta om regionalt enhetliga ersättningsnivåer för utvalda områden/indikatorer.

Uppföljning. Införandet av målrelaterad ersättning inom området medicinsk kvalitet men även andra områden fordrar uppföljning som undersöker ersättningens påverkan. För varje område/indikator som används ska helst utgångsläget vara känt. Detta bland annat för att man ska kunna utvärdera effekterna av den målrelaterade ersättningen. Beställarna har ett ansvar för att årligen i samarbete med ägare och utförare följa upp utfallet. I den mån målrelaterad ersättning kräver ökade administrationskostnader ska dessa uppskattas och ingå i uppföljningen. Regionala sammanställningar ska göras av hälso- och sjukvårdsavdelningen.

Förslag som främst berör kvalitets- och patientsäkerhetsområdet

Val av indikatorer. Ett framgångsrikt arbete för att höja kvaliteten i hälso- och sjukvården fordrar att den regionala styrmodellens parter känner förtroende för varandra och är eniga om inom vilka områden behovet av kvalitetsförbättringar är störst. Det måste också finnas ett förtroende för processen med utformningen av regionala indikatorer samt beslut om målnivåer. Processen, som ska inriktas på konsensusbeslut, ska innefatta ägare, beställare, utförare och professionen.

Val av lämpliga områden/indikatorer i samband med avtalsarbetet sker bäst genom konsensusbeslut mellan beställare och utförare. Indikatorer väljs i första hand ur den regionala indikatorförteckningen. Om det saknas lämpliga regionala indikatorer kan parterna komma överens om lokalt framtagna dito. För att möjliggöra en meningsfull uppföljning ska uppgifter om de ingående enheternas aktuella prestationsnivå finnas. Under de första åren bör man använda enkla indikatorer och avstå från användning av sammansatta indikatorer.

För att en indikator ska kunna användas som ersättningsgrund fordras också att både utförare och beställare ska kunna få fram uppgifter om utfallet under avtalsåret. Informationssystem, som ger tillgång till aktuella data, måste därför finnas.

Den regionala ansvarsfördelningen rörande målnivåer. Ett viktigt krav är att vården ges på lika villkor i hela regionen. Målrelaterad ersättning med inriktning mot medicinsk kvalitet och patientsäkerhet ska därför i första hand utgå från regionalt fastställda målnivåer. Målnivån för en viss indikator ska sättas utifrån evidensbaserad kunskap. Men det kommer sannolikt även att finnas situationer där det är uppenbart att kvaliteten och/eller patientsäkerheten behöver höjas även om evidensläget inte tillåter att regionala målnivåer läggs fast. I ett sådant läge kan beställare och utförare komma överens om lokala dito. Utgångspunkten ska även i dessa fall vara de evidens som finns inom det aktuella området. Absoluta, inte relativa, målnivåer ska användas.

Fokusera på ett begränsat antal kvalitetsmått. Erfarenheterna från USA och England visar att målrelaterad ersättning inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet är komplicerad.

Ersättning som ska premiera medicinsk kvalitet är extra svår eftersom den fordrar omfattande förberedelser. Därför bör man under de första åren nöja sig med ett fåtal indikatorer. Det krävs också kontinuitet och uthållighet, samma indikatorer bör användas under flera år.

Modeller för målrelaterad ersättning. Det finns flera olika sätt att utforma den målrelaterade ersättningen. Oavsett detaljutformning bör den målrelaterade ersättningen premiera dels utförare som uppnår en fastställd grundnivå och dels utförare med en redan hög kvalitetsnivå. Genom att samtidigt uppfylla dessa två mål belönas dels utförare med låga kvalitetsnivåer med potential att göra stora relativa framsteg och dels utförare som redan har uppnått en hög grad av excellens.

Informationssystem. För varje indikator som används ska det säkerställas att det finns adekvata informationssystem och säkra databaser ur vilka informationen kan extraheras. Det är ett gemensamt ansvar för ägare, beställare och utförare att dessa system finns på plats.

Bakgrund

Målen för hälso- och sjukvårdens ersättningssystem inriktades tidigare nästan uteslutande mot att höja antalet utförda insatser vare sig det handlar om vårdtillfällen, besök eller DRG-poäng. Under senare år har perspektivet vidgats och ersättningssystemet har förändrats så att fler aspekter av vården kan belönas; det handlar till exempel om kvalitet, tillgänglighet och samverkan. Målrelaterad ersättning finns numera som en ersättningskomponent i ersättningssystemen för somatisk sjukhusvård, psykiatrisk vård samt primärvård i Västra Götaland.

Inom somatisk sjukhusvård har den målrelaterade ersättningen använts sedan 2005 i samband med överenskommelserna mellan beställare och utförare. Vid de två uppföljningar som gjorts har det visat sig att denna ersättningsdel har upptagit en mycket liten del av den totala ersättningssumman. Den hittillsvarande användningen har framförallt berört områden som kan inordnas under begreppen styrning av tillgänglighet och samverkan. Däremot har endast en mycket liten del berört medicinsk och patientupplevd kvalitet samt patientsäkerhet och då oftast utan att direkt påverka kvaliteten. Ett vanligt krav har till exempel varit att verksamheten ska delta i relevanta kvalitetsregister. Deltagande i kvalitetsregister är en av förutsättningarna för att följa upp den medicinska kvaliteten men leder inte direkt till att kvaliteten förbättras. Denna rapport fokuserar därför på frågan hur man ska koppla ersättningssystemet till strävanden att förbättra medicinsk och patientupplevd kvalitet samt patientsäkerhet. Även om rapporten till stora delar handlar om detta innebär det inte att övriga målområden är mindre viktiga. Rapportens huvudinriktning är en konsekvens av att kvalitetsstyrningen är komplicerad och svårbemästrad.

Uppdraget

I samband med hälso- och sjukvårdsutskottets beslut om ett nytt ersättningssystem inom primärvården 060419 uttalade den politiska majoriteten följande:

”Målrelaterad ersättning bör användas allt mer för att få de styrningseffekter som eftersträvas. Det finns möjligheter till både regionalt och lokalt sätta målersättningar. Det behövs mer kunskap om hur sådana målrelaterade ersättningar skulle kunna se ut. Hälso- och sjukvårdsdirektören får därför i uppdrag att tillsammans med hälso- och sjukvårdskanslierna arbeta fram förslag till målrelaterade ersättningar. En politisk referensgrupp bestående av ledamöter från hälso- och sjukvårdsnämnderna och hälso- och sjukvårdsutskottet bör följa arbetet med målrelaterad ersättning.”

HSU beslutade att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att tillsammans med hälso- och sjukvårdskanslierna arbeta fram förslag till målrelaterade ersättningar.

Arbetsgruppen har förutsatt att uppdraget inte enbart avser målrelaterad ersättning inom primärvård utan även inom somatisk sjukhusvård och psykiatri.

Arbetsgrupp

Våren 2007 bildades en arbetsgrupp bestående av Börje Neuman HSK Mariestad, Gunilla Johansson HSK Uddevalla, Ove Sjöström HSK Göteborg, Jan Blomqvist HSK Borås, Maria Gabrielsson-Fredrikson och Bengt Kron hälso- och sjukvårdsavdelningen, regionkansliet. Gruppen har sammanträtt sex gånger. Bengt Kron har varit huvudförfattare till rapporten. Förankring har skett i HSA-HSK-gruppen samt i sjukvårdsgruppen.

Nationella och internationella erfarenheter av resultatbaserad ersättning

Internationella erfarenheter

1999 publicerade Institute of Medicine i USA en rapport om misstag i sjukvården där man identifierade viktiga förbättringsområden/uppföljningsperspektiv inom sjukvården.¹ I rapporten noterades att de då existerande ersättningssystemen inte stimulerade till kvalitetsförbättringar, att systemen ibland gav fel incitament och i värsta fall stod i vägen för sådana förbättringar. Man föreslog att beställarna skulle fokusera på medicinsk kvalitet, att de skulle belöna kvalitet och stödja kvalitetsförbättringar. Denna rapport var en väckarklocka och blev startskottet för Pay for performance, P4P (resultatbaserad ersättning). Ett närliggande begrepp är value-based purchasing (VBP) som betecknas som ett sätt för beställare att koppla samman ersättningen med kvaliteten i den vård som produceras. En tredje form av incitament är Pay for reporting (P4R). Det federala sjukvårdsersättningssystemet Medicare i USA började den 1 juli 2007 att ersätta läkare för att de rapporterar in information om vissa behandlingar och åtgärder.

Då P4P tillämpas ersätts utförarna då de uppnår förutbestämda kvalitetsmål. P4P har framförallt prövats i USA och England. Den kvalitetsbaserade ersättningen har riktats till läkare, läkargrupper och hela sjukhus. Förutom positiva incitament har negativa dito använts, t ex genom att inte ersätta vårdfall om det finns tecken på att vården inte är säker. De flesta studier har visat förbättringar av kvalitet och/eller effektivitet. Samtidigt har införandet av P4P medfört ökade administrativa kostnader som framförallt består av ökad rapportering till kvalitetsdatabaser och av ökade kostnader för därtill knutna IT-system. Ibland har man uttalat tveksamhet om kostnadseffektiviteten; uppväger nyttan de ökade kostnaderna?^{2 3} Behovet av mer kunskap om P4Ps effekter poängteras i en rad olika artiklar.

¹ Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st Century. Institute of Medicine 1999?

² Epstein AM. Pay for Performance at the Tipping Point. *New Engl J Med.* 2007 Feb 1;356(5):515-7

³ Glickman SW, Ou FS, DeLong ER, Roe MT, Lytle BL, Mulgund J, Rumsfeld JS, Gibler WB, Ohman EM, Schulman KA, Peterson ED. Pay for Performance, Quality of Care, and Outcomes in Acute Myocardial Infarction. *JAMA.* 2007 Jun 6;297(21):2373-80

P4P-ersättningens fulla potential kan idag inte utnyttjas beroende på att informationssystemen inte är tillräckligt utvecklade för att samla in kvalitetsdata. Företrädare för den medicinska professionen brukar i regel uttrycka stöd för P4P-program men uttrycker samtidigt misstankar om att de använda kvalitetsindikatorerna inte är valida samt farhågor om ökade administrativa kostnader.

USA

I början av 2007 fanns det ett 100-tal pågående P4P-program i USA, de flesta inom den kommersiella sektorn.⁴ Speciellt Health Maintenance Organisations (HMOs) har anammat P4P och en stor del av dessa organisationer tillämpar nu sådana ersättningsprogram. Inom Medicaid, ett federalt subventionerat program för framförallt barn och som administreras av delstaterna, har ett fåtal P4P-program genomförts.⁵ Medicare, det federala sjukvårdsprogrammet för äldre, kommer under hösten 2007 att presentera ett heltäckande upplägg som berör både slutet och öppen vård. Förslaget, som inte offentliggjorts ännu i början av november, emotses med stora förväntningar och det antas få stor betydelse för den framtida utformningen av alla P4P-program.

De flesta P4P-programmen har fokuserat på processmått som andel vaccinerade, andel som screenats för cervix-, bröst- eller kolorektalcancer och andel som behandlats med betablockerare efter hjärtinfarkt. Endast ett begränsat antal resultat- och strukturmått har använts. Vårdområden som ofta förekommer i P4P-programmen är t ex blodtrycksbehandling, astma- och diabetesvård samt mammografi.

Fakta kring kommersiella P4P-program:⁶

- 14 procent av P4P-programmen riktar sig enbart mot läkare som individer, 25 procent mot en kombination av läkare som individer och den organisation som äger vårdinrättningen och resten, 61 procent, enbart mot den organisation som äger vårdinrättningen.

⁴ Rosenthal MB, Landon BE, Normand SL, Frank RG, Epstein AM. Pay for performance in commercial HMOs. *New Engl J Med.* 2006;355(18):1895-1902.

⁵ Medicaid Pay for Performance Programs Slow to Gain Traction, the University HealthSystem Consortium, USA Mars 2007

⁶ Rosenthal MB, Dudley RA Pay-for-Performance - Will the Latest Payment Trend Improve Care? *JAMA.* 2007;297:740-744

- I genomsnitt uppgick P4P-ersättningen till 9 procent av totalersättningen
- 91 procent av programmen använde sig av medicinska kvalitetsmått, 50 procent av kostnadseffektivitetsindikatorer, 42 procent av indikatorer rörande informationsteknologi och 37 procent av indikatorer om patienttillfredsställelse
- 70 procent använder sig av tröskelbonus som belönar absoluta eller relativa toppresterare medan 25 procent ersätter förbättringar snarare än att man nått en viss nivå

Ett antal olika incitamentstyper har använts.

1. **Bonus för utförd åtgärd.** Utförare får extra betalt då de utfört en viss åtgärd, t ex för varje barn där uppgjorda riktlinjer för barnvården har följts.
2. **Bonus till utförare** där en utförares prestationer jämförs med andra. Utförare med de bästa prestationerna får de högsta bonussummorna medan andra får lägre bonus eller ingen bonus alls.
3. **Tröskelbonus.** När ett viss nivå har nåtts på en överenskommen indikator utfaller bonus. Det kan gälla absoluta tröskelvärden, förbättring jämfört med sig själv, eller bonussummor i trappsteg beroende på var man placerar sig i förhållande till andra.
4. **Bonuspool.** Beställarna avsätter en summa som används för kvalitetsersättning. Endast de utförare som når den överenskomna nivån erhåller ersättning. Eftersom hela bonuspoolen används varje år blir ersättningssumman per mottagare högre om färre utförare når målnivån.

De flesta federala P4P-programmen har på grund av budgetrestriktioner utformats som ett nollsummespel. De utförare som inte når upp till den överenskomna målnivån erhåller ingen ersättning och får därmed inte full ersättning jämfört med tidigare. Den ersättning som inte har utfallit används för att finansiera P4P-programmet.

Kvalitetsuppföljning och P4P-program medför en ökad administrativ börda i form av datainsamling och rapportering. Det största hindret för deltagande i sådana program har varit dessa ökade administrativa krav. Små läkargrupper har ofta inte kunnat och haft råd att investera i den nödvändiga informationsteknologin, har inte haft råd att nyanställa och att förbättra sina processer medan större läkargrupper/läkarhus har tillhört vinnarna.

I en ledare i det amerikanska läkarförbundets tidskrift JAMA i februari 2007 sammanfattades P4P-erfarenheterna i USA på följande sätt:⁷

”Flera nyligen publicerade utvärderingar har visat på P4Ps potential men också på behovet av noggrann utformning av ersättningsprogrammen för att de ska vara framgångsrika. Trots beställarnas entusiasm har det blivit klart att man inte kan förutsätta att sådana program automatiskt gynnar patienterna eller bistår de utförare som har ambitioner att förbättra vården... Då man utformar framtida P4P-program är det viktigt att utförare, beställare och ägare förstår både den potentiella nyttan och de begränsningar som finns i P4P-konceptet.”

England

Det finns en lång tradition i England av att med finansiella incitament påverka kvaliteten i vården. Redan 1991 startades ett nationellt P4P-program, riktat mot allmänläkare, som var inriktat på vaccinationer och screening för cervixcancer. Programmet var framgångsrikt och ledde till att såväl vaccinationerna som cancerscreeningen ökade.

Primärvård

År 2004 introducerade National Health Service ett nytt distriktsläkaravtal.⁸ Prestationsersättningsprincipen har till 30 procent ersatts av ersättning som premierar olika aspekter av begreppet kvalitet. Avtalet innehåller ett omfattande P4P-program med fokus på medicinsk kvalitet. Finansieringen ordnades genom att den engelska staten tillsköt nya medel (1,8 miljarder pund = cirka 24,3 miljarder kronor) vilket innebar att läkarnas inkomster ökade i relation till hur man lyckats uppfylla det nya programmets krav. I medeltal ökade GPs inkomst med 23 000 pund (cirka 310 000 kronor) men läkarna stod för alla kostnader som var förenade med att nå målen, t ex nyanställningar och ökade administrativa insatser. Den nya ersättningen omfattar cirka 25 – 30 procent av GPs totalersättning.

Kvalitetsmålen omfattar 146 indikatorer som framförallt täcker medicinsk kvalitet, men även patienterfarenheter och vårdorganisation inbegripits.

⁷ Rosenthal MB, Dudley RA Pay-for-Performance - Will the Latest Payment Trend Improve Care? JAMA. 2007;297:740-744.

⁸ Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, Roland M. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. N Engl J Med. 2006 Jul 27;355(4):375-84.

Ett annat avsnitt i rapporten beskriver innehållet mer i detalj.

Genomförandet stöddes av The Quality Management and Analysis System, QMAS, ett nationellt IT-system som ger både beställare och GPs tillgång till kvalitetsuppgifter

Mottagningen får poäng i relation till hur väl man fyller målen. Varje poäng motsvarar en viss ersättning som är specifik för varje indikator. För att undvika att kvalitetsindikatorerna används på ett felaktigt sätt har mottagningen rätt att exkludera patienter då det är olämpligt att använda dem. Med hänsyn till en svårt cancersjuk patients totala situation är det t ex inte på sin plats att sträva efter fullgod kolesterolkontroll.

Mottagningarna uppnådde under det första året 95 procent av alla möjliga poäng vilket var 20 procent mer än man hade räknat med. Det innebär att kostnaderna blev väsentligt högre än avsett. För 83 procent av patienterna uppnåddes de kvalitetsmål som hade satts upp. Tyvärr finns inga data på hur mottagningarna fungerade före introduktionen av det nya P4P-programmet vilket innebär att det är omöjligt att veta vilken effekt det nya ersättningssystemet har haft. Vid en grov jämförelse med erkänt bra primärvårdsmottagningar i USA hade de brittiska enheterna under det första året jämförbara nivåer.

De oväntat höga prestationsnivåerna talar för att målen var alltför lätta att uppnå. Därför har indikatorlistan för 2007 reviderats; 30 indikatorer har tagits bort eller modifierats och 18 nya indikatorer har tagits fram. Alla minimiersättningsnivåer och några maximinivåer har höjts. Dessutom har en omfattande revisionsverksamhet satts igång för att motverka avsiktligt felaktig rapportering. Eftersom mottagningarna nästan genomgående hade höga prestationsnivåer var det liten variation mellan dem. Det kan vara förklaringen till att man i analysen av det första året inte kunde se någon påtaglig inverkan beroende på socioekonomiska och demografiska faktorer.

Den artikel i New England Journal of Medicine som använts som huvudinformatjonskälla om det brittiska P4P-programmet avslutas med ett antal reflektioner. De återges i förkortat skick nedan.

- Programmet var dyrbart och finansierades med "nya" medel och inte genom en omstrukturering av befintliga ersättningssystem. Dessutom tillkom ytterligare kostnader för att utveckla och implementera informationssystem som behövdes för att administrera programmet. Om hela programmet hade finansierats med krav på

kostnadsneutralitet hade mottagandet från professionen blivit svalare.

- Det hade behövts information om hur utgångsläget såg ut för att man inte ska tvingas betala för förbättringar som redan ägt rum.
- Ett stegvist införande där olika delar av landet hade följt efter varandra hade gjort det enklare att värdera programmets effekter.
- Ett successivt införande hade minskat riskerna för både beställare och utförare.
- Beställarna ska tillåta avvikelser uppåt från vad som planerats och förväntats då det gäller uppnådda prestationer
- Övervakning är nödvändig för att undvika oegentligheter

Sjukhus

Ersättningar till engelska sjukhus inom NHS har förändrats på ett radikalt sätt med början 2003-2004. Det system som har införts liknar i princip det system vi har i Västra Götalandsregionen. Payment by results innebär att sjukhusen betalas för vad som utförs. Grunden för ersättningen är Health Resource Groups (HRGs), en engelsk motsvarighet till DRG. Ersättningsnivån bestäms i förväg nationellt. Det handlar alltså om ett prospektivt ersättningssystem med produktgrupper. Även P4P-ersättningar förekommer men inte på nationell nivå och inte i den omfattning som gäller för primärvården. Sådana ersättningar överenskomms mellan beställare och utförare utan stöd av nationella riktlinjer.

Nationella erfarenheter

De svenska erfarenheterna redovisas kort nedan. Till skillnad från England och USA saknas det god uppföljning och vetenskapliga utvärderingar av de nya ersättningssystemen inom hälso- och sjukvård. Aktörerna söker sig fram med hjälp av trial and error-metodiken. Oftast saknar man kunskap om de nya ersättningssystemens effekter.

Stockholms läns landsting

SLL har en ersättningsmodell som innehåller tre delar: fast, rörlig och målrelaterad ersättning. I utredningen som lade fram förslaget om denna ersättningsmodell⁹ skrev man följande: ”Målrelaterad ersättning är ett efterfrågat styrverktyg. Att betala för resultat och kvalitet är logiskt. En svårighet är att sjukvårdens resultat och kvalitet är svårare att mäta än många föreställer sig. I dagsläget är det inte rimligt att tänka sig en snabb övergång till en modell med stor andel målrelaterad ersättning av den enkla anledningen att vi inte kan mäta ”målen”. Snarare kan målrelaterad ersättning användas för att nå snabbare förändringar. Exempelvis kan ersättning knytas till arbete med kvalitetsutveckling, förändrings- och förbättringsprocesser eller systematiskt arbete med att redovisa medicinska resultat. En viktig funktion för målrelaterade ersättningar är att hjälpa den operativa ledningen hos vårdproducenterna att stötta de utvecklingsmål *de själva* satt upp för sin verksamhet. Detta är ett av skälen till att kriterier och beskrivningssystem som ligger till grund för målrelaterad ersättning måste skapas tillsammans med producenterna.”

Efter att beslut tagits om den nya modellen har utvecklingen av den målrelaterade ersättningen skett stegvis. Landstinget har inte på central nivå koordinerat sin strategi för målrelaterad ersättning. Den målrelaterade ersättningen har knutits till de åtta områden till vilka uppföljningen har koncentrerats (hälsoläge i befolkningen, kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, säker hälso- och sjukvård, patientfokuserad hälso- och sjukvård, effektiv hälso- och sjukvård, jämlik hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvård i rimlig tid och effekter på hälsan). För varje område har ett antal kvalitetskrav formulerats. En viss andel av dessa krav ska ha uppfyllts för att full ersättning ska utgå. 2004 innehöll akutsjukvårdsavtalet bland annat följande krav:¹⁰

- att redovisa övergripande strategier för samverkan med andra vårdgivare
- att redovisa vilka rutiner som finns för att säkerställa att samtliga opererade patienter får en adekvat smärtlindring postoperativt
- att redovisa indikatorresultat för de ovan nämnda uppföljningsområdena.

2005 lades en revisionsrapport om sjukvårdens ersättningssystem fram.¹¹ Enligt rapporten hade den målrelaterade ersättningen haft sin tyngdpunkt på mätningar av att processer finns på plats medan en mindre del hade fokus på effekter. Enligt rapporten har beställaren intagit en relativt försiktig attityd i utvecklingen av den målrelaterade styrningen. Det fanns också enligt rapporten en sammanblandning av standardkrav och mål. Standardkrav bör lämpligen ingå i uppdraget och vara förutsättningen för full ersättning. Ersättningen för måluppfyllelsen bör istället fokusera på incitament till utveckling och utgå som tillägg till ordinarie ersättning.

2006 utgjorde den målrelaterade ersättningens andel av totalersättningen 2,2 procent inom akutsomatiken, 4,2 procent inom geriatriken och 3 procent inom psykiatri och primärvården.¹² Denna procentsats räknas av från den totalram producenten har och fördelas ut när producenten uppfyller de krav som ställts.

Vårdval Halland

Inom ramen för Vårdval Halland¹³ kommer en målrelaterad ersättning av tillämpas. Fullmäktige årligen anger vilka mål som vårdenheten ska uppfylla för att få del av hela hälso- och sjukvårdspengen. Målen sätts upp i samband med Mål & budgetbeslutet. Om målen inte uppnås reduceras hälso- och sjukvårdspengen.

För 2007 gäller att endast ett mål påverkar sjukvårdspengens storlek, nämligen kravet att täckningsgraden ska vara 80 procent. Det innebär att vårdenhetens invånares konsumtion av öppen hälso- och sjukvård till 80 procent ska tillgodoses hos den valda vårdenheten, hos de med vårdenheten samverkande aktörerna och hos övriga vårdenheter inom närskjukvården

För 2008 planeras utfallet inom följande målområden påverka sjukvårdspengens storlek: Tillgänglighet. Vårdenheten ska till 100 procent uppfylla den nationella vårdgarantin.

⁹ Utveckling av sjukvårdens ersättningssystem
Delrapport 3 Utvecklingsstrategi för
ersättningsmodeller och avtal Landstingskontoret
SLL 2003

¹⁰ Bilaga till akutsjukhusavtalet 2004

¹¹ Vårdens ersättningssystem – en uppföljande
granskning. Landstingsrevisorerna SLL rapport
26/2005

¹² Beskrivning av ersättningssystemet i SLL
Stockholms läns landsting 2007

¹³ Uppgifter från Landstinget Hallands hemsida

Medicinsk kvalitet.

De generella kraven är:

- Verksamheten ska bedrivas med hög kvalitet och detta ska finnas dokumenterat i rutiner och system som möjliggör extern granskning och revision
- Vårdenheten ska ha rutiner och/eller system för att dokumentera och följa upp medicinsk kvalitet?
- Har vårdenheten rutiner och/eller system för att dokumentera och följa upp rehabiliteringsarbetet?
- Har vårdenheten rutiner och/eller system för att analysera och åtgärda det som behövs i syfte att öka kvaliteten i sjukskrivningsprocessen?

Dessutom finns mer specifika kvalitetskrav som är knutna till diabetesvården:

- Andelen patienter med diagnosen diabetes där det finns uppgift om HbA1c under senaste året. > 90 procent.
- Andelen patienter med diagnosen diabetes där det finns uppgift om HbA1c < 6,5 under senaste året. > 70 procent)

Läkemedel. Vårdenheten ska ha en god kvalitet och en kostnadseffektiv förskrivning av läkemedel och minst 50 procent av de terapeutiska kvoterna för läkemedel ska vara uppnådda (Andel av förskrivarna som under året har deltagit i producentobunden läkemedelsutbildning. Har vårdenheten tagit emot läkemedelskommitténs informationsläkare vid minst ett tillfälle under året? Finns det rutiner för läkemedelsöversyn vid kommunens särskilda boenden?)

Hälsofrämjande arbete. Vårdenheterna ska ge alla patienter ett kort samtal om livsstil och levnadsvanor och vid behov erbjuda rökslutarstöd, råd om fysisk aktivitet, stöd vid övervikt eller fetma och stöd vid riskbruk av alkohol (100 procent av alla patienter ska få ett kort samtal om livsstil och levnadsvanor). Antal patienter som har erbjudits rökslutarstöd, råd om fysisk aktivitet, stöd vid övervikt eller fetma och stöd vid riskbruk av alkohol. 100 procent av den legitimerade personalen ska ha genomgått kompetensutvecklingsprogram om hälsofrämjande hälso- och sjukvård.)

Västra Götaland

Utvecklingen av den målrelaterade ersättningen inom sjukvården har redovisats i två rapporter.^{14 15} Rapporterna visar att den målrelaterade ersättningens andel av totalersättningen under de två åren legat under 1 procent för alla ingående verksamheter. Innehållsmässigt har det skett en breddning 2007 jämfört med 2006. Ersättningen har framförallt inriktats på områdena tillgänglighet och samverkan medan området medicinsk kvalitet spelat en mindre roll.

Övriga erfarenheter

En debattartikel i Läkartidningen¹⁶ visar på vikten av ett vetenskapligt förhållningssätt då det gäller metoder för att beskriva de faktiska förhållanden på vilka den resultatbaserade ersättningen baseras. Psykiatriens ersättning i Stockholms läns landsting ska enligt ett förslag till viss del baseras på utfallet i patientenkäter. Den metod som ska användas är enligt artikeln otillfredsställande på grund av stort svarsbortfall och tvivelaktiga viktningssprinciper. Någon nedre gräns för acceptabelt bortfall har inte preciserats. Ersättningsnivån ska enligt planerna bestämmas av andelen nöjda patienter. Antalet patienter som väljs ut för att besvara enkäten är litet, antalet svarande ännu mindre, vilket innebär att svaren från enstaka personer kommer att avgöra ersättningens storlek.

Ett regeringsstött försök med P4P görs under de närmaste åren. Regeringen och Läkemedelsindustriföreningen skjuter vardera till 7,5 miljoner kronor. SKL står för extra personal som det administrativa merarbetet kräver. Idén till projektet väcktes av Lif under de trepartssamtal (industrin, hälso- och sjukvården samt olika myndigheter) som den tidigare regeringen initierade för att stärka den svenska konkurrenskraften.¹⁷

¹⁴ Målstyrd ersättning – en inventering av 2006 års överenskommelser. Analysenheten november 2005

¹⁵ Inventering av målrelaterad ersättning år 2007. Analysenheten februari 2007

¹⁶ Berglund G, Berntsson A, Costa F, Mattsson M, Topor A. Ett ovetenskapligt sätt att styra psykiatriens finansiering. Läkartidningen 2007;104:1381-2.

¹⁷ Ramel B. Betalt för resultat; Regeringen och Lif finansierar svenska P4P-försök. Läkartidningen 2007;104:2404-8.

Vetenskapliga analyser av pay-for-performance

Det finns inga vetenskapliga uppföljningar av målrelaterad ersättning såsom den tillämpats i Sverige. Tillgängliga studier baseras på engelska och amerikanska förhållanden.

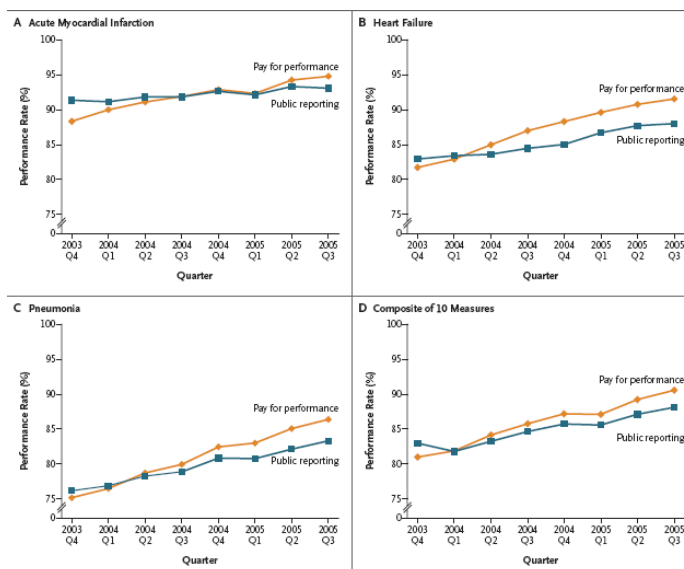
USA

En studie utförd av Rosenthal m fl¹⁸ jämförde i ett naturligt experiment två stora sjukvårdsgrupper, en med och en utan kvalitetsersättning. Man jämförde utfallet för tre kvalitetsindikatorer: screening för cervixcancer, mammografi och mätning av HbA1c. Kontrollgruppen hade redan från början högre nivåer för de tre indikatorerna än gruppen som fick kvalitetsersättning. Den kvalitetsersatta gruppen uppnådde statistiskt säkerställd förbättring endast vad gällde cervixcancerscreening. Läkargrupper som före start hade de sämsta värdena förbättrades mest, medan grupper som redan före start hade uppnått målvärdet förbättrades minst. Ersättningen gavs till de läkargrupper som nådde över ett i förväg preciserat målvärde, vilket innebar att merparten av ersättningen gick till grupper som redan hade bra värden och som förbättrades relativt lite. Ersättningskonstruktionen medförde att läkargrupper med mycket stor förbättring i vissa fall inte erhöll någon ersättning eftersom de inte nådde upp till målvärdet.

En annan studie undersökte sjukhus som frivilligt deltog i ett kvalitetsprojekt om akut hjärtinfarkt kontra sjukhus som deltog i samma projekt men som också erhöll P4P-ersättning.¹⁹ Båda grupperna förbättrades signifikant under perioden (ersättningsgruppen 1,6 procent mer än kontrollgruppen under en 3-årsperiod) och de sjukhus som hade P4P-ersättning skilde sig inte signifikant från kontrollsjukhusen. De sjukhus som från början hade de lägsta värdena förbättrades mest. För båda grupperna förbättrades även sådana indikatorvärden som inte var föremål för P4P-ersättning, vilket tyder på att ekonomiska incitament inte leder till att man koncentrerar sig på de områden som belönas och bortser från övriga. I författarnas kommentar ställer man frågan om den uppmätta förbättringen, 1,6 procent, har sådan betydelse att den kan motivera den ökade

administrativa börda som följer av P4P-program. Detta i synnerhet som dödligheten i hjärtinfarkt minskade i båda sjukhusgrupperna och då det inte förelåg någon signifikant skillnad mellan dem.

I början av 2007 publicerades en studie i New England Journal of Medicine som redogör för resultaten av ett naturligt experiment som berör sjukhus i USA.²⁰ Man mätte under en 2-årsperiod utfallet för 10 enskilda och fyra sammansatta kvalitetsindikatorer vid 613 sjukhus. Alla dessa sjukhus deltog i ett projekt där resultaten för dessa kvalitetsindikatorer publicerades offentligt. 207 av sjukhusen ingick dessutom i ett P4P-program. Resultaten vid de 207 sjukhusen jämfördes med utfallet vid de 406 sjukhus (kontroller) som enbart deltog i publiceringsprojektet. 98 procent av sjukhusen betecknades som non-profit. Under den 2-årsperiod som studien avser förbättrades resultaten vid såväl P4P-sjukhusen som vid kontrollsjukhusen. P4P-sjukhusen uppvisade större förbättringar för sju av de enskilda indikatorerna och för alla de sammansatta måtten (se diagram nedan).



Figur 1. P4P-sjukhusen jämförda med kontrollsjukhusen för fyra sammansatta indikatorer: akut hjärtinfarkt, hjärtsvikt, lunginflammation och ett sammansatt mått för de 10 enskilda indikatorerna.

De sjukhus som till en början hade de lägsta kvalitetsnivåerna förbättrades avsevärt mer än de sjukhus som redan från början hade höga indikatorvärden. P4P-sjukhusen förbättrade sina

¹⁸ Rosenthal MB, Frank RG, Li Z, Epstein AM. Early Experience With Pay-for-Performance. JAMA. 2005;294:1788-1793

¹⁹ Glickman SW, Ou FS, DeLong ER, Roe MT, Lytle BL, Mulgund J, Rumsfeld JS, Gibler WB, Ohman EM, Schulman KA, Peterson ED. Pay for Performance, Quality of Care, and Outcomes in Acute Myocardial Infarction. JAMA. 2007 Jun 6;297(21):2373-80

²⁰ Lindenauer PK, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM, Ma A, Bratzler DW. Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement. N Engl J Med. 2007 Feb 1;356(5):486-96

uppmätta indikatorvärden med mellan 2,6 – 4,1 procent jämfört med kontrollsjukhusen.

Ersättningen var utformad som ett bonusprogram med omfördelning av ersättningar mellan sjukhus, dvs inga nya resurser sattes in i projektet. De sjukhus som hade värden i den högsta decilen fick 2 procent bonusersättning, de i nästa decil 1 procent. Bonussummorna varierade mellan 914 - 71960 dollar. De sjukhus som efter tre år inte hade förbättrats så mycket att de hade högre nivåer än de lägsta två decilerna förlorade ersättningar motsvarande vad som utbetalades i bonus. De slutsatser som kan dras och de reflektioner som kan göras med anledning av studien är följande:

1. Ekonomiska incitament kan påverka sjukhus att ytterligare förbättra sina prestationer utöver vad som följer av att deras resultat publiceras offentligt.
2. Trots att ersättningen endast tillföll de 20 procent av sjukhusen som hade bäst prestationer svarade alla sjukhus likartat på den ekonomiska stimulansen. Om sjukhusen skulle ha fungerat rationellt ur ekonomisk synpunkt borde de största effekterna återfinnas i den grupp av sjukhus som inser att de har stor chans att erhålla ersättningen. De minsta effekterna borde uppkomma hos de sjukhus som till följd av sina dåliga prestationer inte har stora möjligheter att få någon ersättning. Men istället var det de sjukhus som från början presterade dåligt som uppvisade de största förbättringarna. Detta mönster framkom också i den studie av Rosenthal m fl som referats ovan. Det är sannolikt lättare att förbättra kvaliteten om utgångsvärdena är mediokra. Den förbättring som sågs vid dessa sjukhus kan bero på att professionella strävanden stimulerades genom införandet av P4P-programmet.
3. Då P4P införs står man inför svåra avvägningar beträffande systemutformningen. Ska bonus betalas enbart till de sjukhus som presterar bäst, till dem som förbättras mest eller till alla som uppnår ett förutbestämt målvärde?
4. Det är viktigt att känna till hur stora administrationskostnaderna för ett P4P-program är. Det räcker nämligen inte med att konstatera att P4P har potential att förbättra prestationerna utan man måste väga dessa förbättringar mot de eventuellt ökade administrationskostnaderna.
5. Den målrelaterade ersättningens storlek var relativt liten och man vet inte vad som skulle ha inträffat om bonusnivåerna hade varit store.

6. Endast 20 procent av sjukhusen erhöll ersättning och frågan är vad en sådan ersättningskonstruktion innebär på några års sikt. Kommer motivationen att minska för de sjukhus som år efter år inte får någon ersättning? Om andra ersättningsstrategier hade valts till ersättning till alla som uppnår ett målvärde eller ersättning för absoluta eller relativa förbättringar, kanske resultatet hade blivit ett annat.

England - primärvård

En vetenskaplig utvärdering har gjorts av det engelska P4P-programmet inom primärvården.²¹ Huvudslutsatserna från den studien har refererats ovan i avsnittet Internationella erfarenheter av resultatbaserad ersättning. Det kan vara värt att här också citera en konklusion som gjordes i den ledare som kommenterade utvärderingen.²² ”Britterna är klart före oss då det gäller att införa ekonomiska incitament för att förbättra vårdkvaliteten. Vi skulle kunna förbättra oss genom att lära av deras erfarenheter.”

En nyligen publicerad studie har undersökt om NHS' P4P-program inom primärvården har påverkat kvalitetsnivåerna.²³ Studien tyder på att införandet av P4P i den engelska primärvården har lett till en ökad förbättringstakt inom två av de tre undersökta områdena, diabetes och astma.

Sammanfattning

Det finns visst vetenskapligt stöd för att P4P kan förbättra resultaten utöver vad som åstadkoms genom användning av enbart icke-ekonomiska incitamentsstrategier. Fler frågor kvarstår emellertid. Det gäller ersättningens storlek, systemutformningen, om nya resurser ska tillföras eller om omfördelningsstrategier ska tillämpas, kostnads-effektrelationen samt effekterna på längre sikt. Dessutom är det oklart vilka forskningsresultat som har generell relevans respektive vilka som endast gäller inom det land och sjukvårdssystem i vilka de förekommer.

²¹ Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, Roland M. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med.* 2006 Jul 27;355(4):375-84.

²² Epstein AM. Paying for Performance in the United States and Abroad. *N Engl J Med.* 2006 Jul 27;355(4):406-8

²³ Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Middleton E, Sibbald B, Roland M. Quality of Primary Care in England with the Introduction of Pay for Performance. *N Engl J Med.* 2007 Jul 12;357(2):181-90

Styrning och stöd av icke-ekonomisk natur

Målrelaterad ersättning är i sig själv inte en tillräcklig faktor för att åstadkomma förbättrad kvalitet och effektivitet. Den omgivande miljön måste stödja inriktningen genom till exempel offentlig rapportering, teknisk support och utbildning.²⁴

Styrning och stöd med metoder som inte använder sig av ekonomiska incitament kan användas för att förbättra vårdkvaliteten.²⁵ En kombination av sådana styrningsmetoder med styrning via ekonomiska incitament är, under förutsättning av gemensamma mål, mer framgångsrik än dessa båda var för sig. Att utveckla sådana sammankopplingar är en effektiv strategi att förbättra vårdkvaliteten.²⁶ Nedan beskrivs kortfattat olika former av icke-ekonomisk styrning och stöd som kan anknyta till den ekonomiska styrningen inom ramen för målrelaterad ersättning.

Framtagande av indikatorer och kvalitetsmål

Dessa metoder används för närvarande över hela västvärlden. I Sverige dominerar just nu projektet Öppna Jämförelser men tidigare har Socialstyrelsen i flera sammanhang tagit fram indikatorer. Däremot har man i Sverige varit försiktigare med att ta fram målvärden.

Såväl i England som i USA har däremot både indikatorer och målvärden använts flitigt. Ett exempel är The National Service Framework for Coronary Heart Disease (2000) som innehöll en strategi för att under en 10-årsperiod förbättra kranskärslsjukvården i England. Strategin innehöll 12 indikatorer med målvärden för förbättrad prevention, diagnos, vård, rehabilitering och tillgänglighet.²⁷ Även för diabetesområdet har man i England tagit fram nationella standards.

Kvalitetsuppföljning och publicering av kvalitetsuppgifter

Sätten att använda kvalitetsregistren har förändrats under årens lopp. Till en början fick deltagande kliniker endast tillgång till sina egna inrapporterade data. Efterhand utökades jämförelsemöjligheterna med andra klinikers värden men de senare skyddades då av anonymitet. Först på senare år har ett antal register öppnat sig genom att offentligt publicera deltagande klinikers resultat. Det gäller till exempel Riks-HIA och Riks-Höft. Inom ett par år kommer troligen alla register publicera sina resultat offentligt.

Resultaten från ett kvalitetsregister ger underlag för bedömning av en kliniks prestationer i förhållande till andra. Denna kunskap kan användas för verksamhetsförbättrande åtgärder. Den professionella viljan att ge god vård stimuleras av sådana jämförelser. Offentlig rapportering av uppgifter från kvalitetsregistren ger positiv återkoppling till framgångsrika enheter och ökar trycket på lågpresterande enheter.

²⁴ Rewarding Provider Performance: Aligning Incentives in Medicare. Institute of Medicine, National Academy of Sciences. September 2006

²⁵ Provider Incentive Models for Improving Quality of Care. National Health Care Purchasing Institute, USA 2001

²⁶ The Growing Case for Using Physician Incentives to Improve Health Care Quality. The National Health Care Purchasing Institute. December 2001

²⁷ The National Service Framework for Coronary Heart Disease (webbuppgifter hämtade på <http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Healthandsocialcaretopics/Coronaryheartdisease/index.htm>)

En amerikansk studie har visat att vården har bättre kvalitet i geografiska områden där både kvalitetsuppföljning och publicering av resultat finns jämfört med områden där dessa båda företeelser inte förekommer.²⁸

Riktlinjer och vårdprogram

Regionala och nationella riktlinjer och vårdprogram kan på flera olika sätt påverka professionen i kvalitetshöjande syfte. Nationella riktlinjer finns nu för hjärtsjukvård, cancer (bröst-, prostata-, kolorektalcancer), missbruks- och beroendevård, strokesjukvård, astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) och blodpropp/venös tromboembolism. Nya riktlinjer håller på att utarbetas för en rad olika områden.

Teknisk support

I USA och England är det vanligt att ägaren/beställaren lägger stor vikt vid IT-systemens utformning. Man ger ekonomiskt stöd för installation av IT-system som höjer säkerheten (till exempel beslutsstödssystem). Ett annat exempel är att CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services) har tagit fram ett nationellt webbaserat system för inrapportering av process- och resultatuppgifter från hälso- och sjukvården.

Utbildning

För att den målrelaterade ersättningen successivt ska utvecklas fordras att såväl beställar- som sjukvårdsledningar har kunskap om denna ersättningsform. Ägaren har ett ansvar för att kunskapsnivån höjs.

Ett föga använt incitament är att erbjuda utbildning som ett medel för att påverka vårdkvaliteten. Så skulle till exempel avtalen mellan beställare och utförare kunna innehålla överenskommelser om utbildning av vårdpersonal inom de områden som omfattas av den målrelaterade ersättningen.

Faktorer som påverkar utfallet vid incitamentsstrategier

Det finns ett antal faktorer som i de flesta sammanhang spelar roll för hur framgångsrika incitamenten blir. Faktorerna ha en generell prägel och har sitt ursprung i sunt förnuftstänkande. De är basala och nödvändiga att alltid ha i minnet då nya ersättningssystem ska tas fram. Nedanstående lista är en modifiering och försvenskning av ett koncept som tagits fram i USA.²⁹

Graden av samsyn mellan utförare och beställare

Överenskommelser mellan utförare och beställare tas fram av personer som ingår i ledningen för de båda parterna. Det är viktigt att parterna är överens även på ett djupare plan så att överenskommelserna uppfattas som verkningsfulla och positiva styrinstrument. Ju större grad av samsyn desto bättre blir förutsättningarna för att incitamenten ska få avsedd effekt.

Graden av förtroende mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och beställarna

För att incitament ska fungera som avsett är det viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen känner förtroende för beställar-utförarmodellen och för beställarnas företrädare.

²⁸ Asch SM, McGlynn EA, Hogan MM, et al. Comparison of quality of care for patients in the Veterans Health Administration and patients in a national sample. *Ann Intern Med* 2004; 141:938-45.

²⁹ The Growing Case for Using Physician Incentives to Improve Health Care Quality. National Health Care Purchasing Institute, USA 2001

I vilken omfattning sjukvårdspersonalen har kunskap om och sympatiserar med överenskommelsens inriktning

Även om parternas företrädare är helt överens om vilka prioriteringar som ska göras och vilka incitament som ska användas kan resultatet utebli. På utförarsidan är organisationerna oftast stora och informationen kan ha svårt att nå ut till alla berörda. Men det räcker inte med information. Innehållet och inriktningen i överenskommelsen måste stämma överens med sjukvårdspersonalens professionella värderingar. De ekonomiska incitamentens betydelse minskar utan personalens stöd. För att uppnå detta är det viktigt att få stöd från personer med professionell auktoritet.

I vilken grad incitamentsprogrammet är enkelt och rakt på sak

Det är viktigt att de incitament som används är enkla och lätta att förstå. Därigenom ökar möjligheterna att framgångsrikt kommunicera innehållet.

Ersättningsens storlek

Att ersättningsens storlek påverkar styrkan i incitamentet är självklart. Om den målrelaterade ersättningen utgör en mycket liten del av den totala ersättningen kan kanske utförarsidan bortse från den.

Om å andra sidan den målrelaterade ersättningen utgör en stor del av den totala ersättningen är det omöjligt att inte ta hänsyn till den. En stor andel gör det svårt att ha allt-eller-intet-ersättningar. Risken för utföraren att förlora betydande delar av ersättningen medför att målnivåerna sätts så lågt att risktagandet minskar och att avtalen eventuellt inte höjer kvaliteten inom de områden som valts ut.

Om den målrelaterade ersättningen utgör en stor andel av totalersättningen är det därför troligt att den målrelaterade ersättningen utformas så att delar av betalningen utfaller successivt beroende på uppfyllandet av olika målnivåer. 50 procent utfaller då grundnivån uppnåts, den nästa 25 procenten då nästa nivå uppnåts osv. På det sättet minskas utförarens risk. Kommer en sådan konstruktion att höja kvaliteten inom det utvalda området? Utföraren kan medvetet avstå från att få de sista 25 procenten av ersättningen, eftersom insatserna för att uppnå nivån är för stora.

Allt-eller-intet-ersättningar inom ett fåtal områden som kombineras med att en mycket stor andel av totalersättningen utgörs av målrelaterad ersättning kan också innebära att utföraren satsar en oproportionerligt stor del av sina resurser för att uppfylla målen. Andra viktiga delar av vården kan bli eftersatta. Fråga som då måste ställas är – vad är det som inte görs?

Slutsatsen är att ersättningsnivån inte bör vara för låg och inte heller för hög. Den bör hållas på en "lagom-nivå". Vad som är lagom bestäms av den kulturella inramningen, vilka ersättningsnivåer som tidigare använts etc.

I vilken utsträckning det finns bra mätmetoder för de olika incitamentsområdena

Det är mycket viktigt att det finns bra mätmetoder inom de områden där målrelaterad ersättning ska utgå. Om det inte finns möjlighet att mäta med god precision saknas det möjligheter att fastställa om utföraren har nått upp till det överenskomna målet. Det är också viktigt att utförare och beställare i förväg kommer överens om på vilka sätt mätningarna ska göras. Annars riskerar man att i ett senare skede bli oense i denna metodfråga.

Kunskap om utgångsläget

Avsikten med den målrelaterade ersättningen är att styra mot överenskomna mål; dessa mål innebär att verksamheten ska förbättras i ett eller annat avseende. För att parterna ska kunna träffa avtal som innehåller reella kvalitetsincitament och för att man ska kunna värdera om verksamheten har förbättrats fordras möjligheter att fastställa på vilken nivå verksamheten befinner sig på före start. Frånvaro av kunskap om utgångsläget innebär att man inte vet om ersättningen är adekvat eller inte och det blir dessutom omöjligt att följa upp effekterna av den målrelaterade ersättningen.

Om verksamheten redan uppnått målnivån är det troligen inte intressant för beställaren att knyta en ersättning till målvärdet. Om å andra sidan verksamhetens aktuella indikatorvärde ligger långt under målnivån bedömer utföraren möjligheterna att uppnå målnivån som orealistiska. Intresset för att avtala om målrelaterad ersättning är under sådana förhållanden litet.

Innehållet i den målrelaterade ersättningen

Resultatet av tidigare uppföljningar

De genomgångar som gjorts av användningen av den målrelaterade ersättningen i Västra Götaland under 2006 och 2007 visar att huvuddelen av de ersättningar som använts kan inordnas under beteckningarna tillgänglighet, samverkan och kvalitet. Det har inte funnits någon regional samordning, varje nämnd har valt ut sina områden och indikatorer.

Under tillgänglighetshatten återfinns framförallt olika ersättningskonstruktioner som syftar till att vårdgarantin ska uppfyllas samt möjligheter att komma fram på telefon.

Ersättning som kan hänföras till samverkansbegreppet inriktar sig oftast på förbättrad samverkan mellan olika vårdnivåer.

Ersättningar som kan betecknas som inriktade mot kvalitet har till exempel inneburit krav på genomförda patientenkäter, rapportering till nationella diabetesregistret, rapportering av uppgifter rörande kvalitetsindikatorer samt i några enstaka fall uppnådda målvärden för preciserade indikatorer.

Dessutom har det funnits ersättningar som knappast hör hemma under beteckningen målrelaterad ersättning; till exempel har en stor ersättningssumma avtalats för att psykiatrin ska klara överenskomna vårdvolymerna. En sådan avtalskrav ska i första hand kopplas till prestationsersättningsdelen. Ett alternativ kan vara att som ett grundläggande krav skriva in att utföraren ska uppnå avtalade volymkrav. Om utföraren inte gör det skulle en del av ersättningen kunna innehållas; detta eftersom utföraren inte uppnår de grundläggande kraven.

Det allmänna intrycket från de två årens genomgångar är att ersättningar som omfattas av begreppen tillgänglighet och samverkan är relativt bra preciserade och att parterna har talat samma språk då avtalstexterna har formulerats. Då det däremot gäller kvalitetsavsnittet finns det brister i precisionen. Man kan även tycka att omfattningen av kvalitetsavsnittet borde ha varit större med tanke på bredden i hälso- och sjukvårdens verksamhet. Men det har saknats såväl regionala som nationella indikatorer som med lätthet har kunnat användas. Vidare har inte hälso- och sjukvårdskanslierna alltid tillgång till medicinsk kompetens som kan formulera de medicinska kraven så att de riktar in sig på kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor. För framtiden fordras därför en ökad samverkan mellan hälso- och sjukvårdsavdelningen och hälso- och sjukvårdskanslierna för att den målrelaterade ersättningens kvalitetsdel ska kunna utvecklas.

Lämpliga områden för kvalitetsersättning

Vilka områden/indikatorer kan vara lämpliga att använda som grund för målrelaterad ersättning avsedd att förbättra kvalitet och patientsäkerhet? För att besvara frågan kan man börja med att närmare beskriva de mål som använts inom allmänmedicinen i England.

Målen, som totalt omfattar 146 indikatorer, har koncentrerats till tre huvudavsnitt:

- medicinsk kvalitet
- patienterfarenheter
- vårdorganisation

Avsnittet medicinsk kvalitet inbegriper förebyggande vård samt 10 kroniska sjukdomar:

- astma
- cancer
- kronisk obstruktiv lungsjukdom
- kranskärllsjukdom
- diabetes
- epilepsi
- högt blodtryck
- underfunktion i sköldkörteln
- psykisk hälsa och ohälsa
- stroke

Strokeområdet omfattar 10 indikatorer varav någon enstaka är av organisatorisk art. Krav ställs till exempel på att mottagningen ska ha ett register över alla aktuella patienter som haft stroke eller TIA. De medicinska kraven innefattar exempelvis att 70 procent av strokepatienterna ska ha fått rökavvänjningsinformation de senaste 15 månaderna samt att 90 procent av strokepatienterna utan kontraindikationer ska ha fått blodförtunnande medicinering.

Området *förebyggande vård* tar upp cervixcancerscreening, barna- och mödravård och antikonception.

Avsnittet om patienterfarenheter berör besökslängd, att ha gjort en patientenkät varje år, att ha gjort genomgångar av resultatet och att vidta förändringar samt att ha diskuterat resultatet antingen med en patientgrupp eller med beställaren.

Avsnittet om vårdorganisation tar upp följande områden:

- journalen och journalinnehållet
- tillgänglighet
- utbildning och träning
- mottagningens skötsel

I USA har den målrelaterade ersättningen inom olika försäkringsorganisationer innefattat områden som konsumtion av akutvård, kostnadseffektivitet, medicinsk kvalitet, patienttillfredsställelse, vårdorganisation och patientsäkerhet.³⁰ Till följd av att hälso- och sjukvårdssystemet inte är enhetligt kan inte en mer sammanhållen bild ges just nu. Under hösten 2007 kommer Centers for Medicare and Medicaid Services att lägga fram ett förslag

³⁰ Millenson ML. Pay for performance: the best worst choice. Qual Saf Health Care 2004;13:323–324.

för P4P inom Medicare. Detta förslag väntas bli riktningssivande för P4P inom stora delar av sjukvården i USA.

Regionala aspekter på målrelaterad ersättning

Sambandet mellan den regionala uppföljningsmodellen och målrelaterad ersättning

I februari 2007 tog hälso- och sjukvårdsutskottet beslut om regional struktur för uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet i Västra Götaland.³¹ Två grundläggande principer för uppföljningen slås fast:

- att uppföljningen ska inriktas på åtta huvudområden (hälsoläge i befolkningen, kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, säker hälso- och sjukvård, patientfokuserad hälso- och sjukvård, effektiv hälso- och sjukvård, jämlik hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvård i rimlig tid och effekter på hälsan)
- att regionen i så stor utsträckning som möjligt ska följa nationella modeller inom uppföljningsområdet

Den regionala uppföljningsstrukturen beskriver också arbetsfördelningen mellan styrmodellens olika aktörer; ägare, beställare och utförare.

Ägarens uppgifter enligt arbetsfördelningen

- utarbeta och tillhandahålla en förteckning över indikatorer som kan användas i det uppföljningsarbete som överenskomms mellan beställare och utförare
- besluta att vissa indikatorer skall följas upp i hela regionen.
- ta fram förslag för regiongemensamma måttal för utvalda indikatorer

Beställarens uppgifter

- respektive kansli/HSN beslutar hur uppföljningen gentemot utförarna ska utformas.
- om ägaren beslutat att vissa indikatorer ska följas upp i hela regionen ska beställarens uppföljning innefatta dessa.
- för uppföljning används i första hand de indikatorer som finns i den regionala framtagna förteckningen men lokalt konstruerade indikatorer kan användas om regionala motsvarigheter saknas.
- om det finns regionala beslut om måttal för vissa indikatorer ska kansliet använda sig av måttalen i överenskommelsearbetet.

Utförarens uppgifter

- att svara för sin egen uppföljning av kvalitet och effektivitet
- att följa upp indikatorer i enlighet med innehållet i överenskommelser
- att medverka i relevanta kvalitetsregister
- att tillhandahålla teknik och infrastruktur som möjliggör uppföljning på verksamhetsnivå

För att den målrelaterade ersättningen ska kunna utvecklas fordras att flera olika stödjande system finns på plats. Dit hör bland annat den regionala indikatorförteckningen, regionala beslut om måttal och fungerande uppföljningssystem för att fastställa utgångsläge och effekter

³¹ Regional struktur för uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet i Västra Götaland
Analysenheten november 2006. RSK 698-2006

efter det att ersättningen införts. Det är därför lämpligt att koppla samman den regionala uppföljningsstrukturen med utformningen av den framtida målrelaterade ersättningen. Uppföljningsstrukturen är en av flera grunder som är nödvändiga för att den målrelaterade ersättningen ska kunna utvecklas.

Grundläggande krav på hälso- och sjukvården kontra förbättringar

I flera sammanhang har distinktionen mellan grundläggande kvalitetskrav och förbättringsområden uppmärksammas. I Vårdval Halland har man valt att låta ackrediteringsprocessen stå för grundläggande krav som ska vara uppfyllda för att en enhet ska få bedriva hälso- och sjukvård. Ackrediteringsbeslutet bygger på en granskning av den dokumentation som skickas in tillsammans med ansökan, och på den försäkran som vårdaktören ger om att följa landstingsfullmäktiges krav och förutsättningar. Ackrediteringsprocessen saknar än så länge inslag av krav på basala kvalitetsnivåer som måste vara uppfyllda.

I en revisionsrapport om ersättningssystemen i Stockholms läns landsting³² diskuterar man skillnaden mellan stimulans till utveckling och krav på basal vårdstandard. De hänger samman eftersom dagens standard var gårdagens mål. Enligt rapporten ska utvecklingsstimulansen kopplas samman med den målrelaterade ersättningen. Grundläggande kvalitetskrav ska istället föras in i den uppdragsbeskrivning som ska finnas för varje enhet som sluter avtal med landstinget. Om detta basala krav ändå underskrids ska avdrag göras från den ersättning enheten erhåller. Utvecklingsstimulanser ska däremot vara av bonustyp, dvs vara ett tillägg till ersättningen.

För Västra Götalands del kan det på sikt vara av värde att i uppdragsbeskrivningar precisera grundläggande kvalitetskrav som inte får underskridas. Men sådana krav fordrar att man känner till sjukvårdens medicinska kvalitetsnivå i ett brett perspektiv. Vi har idag inte den kunskap som krävs för att formulera en mer heltäckande bild av den basala sjukvårdsstandarderna. Att i uppdragsbeskrivningar föra in krav på utfall för enstaka indikatorer kommer att ge fel bild av beställarens och ägarens anspråk. Det finns dock områden som redan nu kan pekas ut som tillhörande vad som kan krävas av alla vårdenheter i Västra Götaland. Ett sådant område är krav på registrering i relevanta kvalitetsregister. Detta är ett basalt krav och kan därmed vara ett område som lämpar sig för att föra in som ett standardkrav i uppdragsbeskrivningen. Ett annat grundläggande villkor skulle kunna vara att utföraren på begäran redovisar resultat från kvalitetsregistren.

Utveckling av informationssystemen

Om den målrelaterade ersättningen ska kunna omfatta ett större antal områden/indikatorer fordras att uppgifter med lätthet kan extraheras ur patientjournalerna för att därefter läggas samman i databaser. Detta fordrar bland annat en omfattande standardisering av innehållet i patientjournalerna. I dagsläget saknas nationellt och regionalt enhetliga strukturer för detta. Ett standardiseringsarbete har påbörjats inom ramen för den nationella IT-planen med flera anknyttande projekt samt inom det regionala projektet för att få enhetlig informationsstruktur för vårddokumentationen. Visionen om automatiserad överföring från den elektroniska patientjournalen till olika register kommer därför inom sinom tid att uppfyllas, men frånvaron av klara standarder gör att utvecklingen kommer att ske stegvis och under en relativt lång tidsperiod.

³² Vårdens ersättningssystem – en uppföljande granskning. Landstingsrevisorerna SLL rapport 26/2005

Aspekter på riskdelningen

Ersättningssystemet innehåller konstruktioner för att minska utförarnas ekonomiska risktagande vid ej förutsedda händelser. Ersättningssystemen för såväl sjukhusen som primärvården innehåller sådana riskdelningsprinciper.

I de nuvarande ersättningssystemen finns flera sådana riskdelningsmoment. De viktigaste är a) uppdelning i en fast och en prestationsrelaterad del, där den fasta ersättningen är garanterad samt b) den prospektiva ersättningsmodellen med genomsnittspriser och ytterfallshantering inom den DRG-relaterade ersättningen vid sjukhusen.

Utförarnas ekonomiska risktagande kan komma att öka då andelen målrelaterad ersättning blir större. Eftersom den målrelaterade ersättningen i huvudsak måste finansieras genom omfördelning snarare än genom nytillskott av resurser (se avsnittet om finansiering) kommer de medel som avsätts för målrelaterad ersättning att minska andelen fast ersättning. Den målrelaterade ersättningen syftar till att höja kvaliteten och det innebär att sjukhuset eller vårdcentralen kan misslyckas att nå upp till den avtalade nivån, vilket är liktydigt med intäktsbortfall.

Rent generellt utsätts beställarna inte för så stora ekonomiska risker som utförarna. Ett visst risktagande förekommer då det gäller kostnader för den utomregionala vården samt i de sällsynta fall då avtalad och redan ersatt vård inte levereras. Nämnderna har till skillnad från utförarna små möjligheter att parera kostnadsförändringar under löpande kalenderår. Det kan också ifrågasättas om en hälso- och sjukvårdsnämnd ur juridisk synpunkt har möjlighet att teckna avtal som nämnden inte har ekonomisk täckning för. Den nuvarande modellen för riskdelning mellan nämnderna kommer sannolikt att tas bort år 2009. I och med detta kommer de ekonomiska riskerna, som hänger samman med ändrad konsumtion av sjukhusvård, att öka.

Hur ska detta hanteras i anslutning till den målrelaterade ersättningen? I det följande lämnar arbetsgruppen några synpunkter på denna fråga.

Ett sätt att fördela risktagandet är att beställaren medvetet kalkylerar med att utförarna inte klarar alla avtalade målnivåer, dvs beställaren träffar avtal på en nivå som, om 100 % av den målrelaterade ersättningen skulle utfalla, överstiger de tillgängliga resurserna. Så länge den målrelaterade ersättningen utgör en mindre del av totalersättningen är detta möjligt utan att nämnden tar stora ekonomiska risker.

Detaljutförningen av den målrelaterade ersättningen påverkar också riskdelningen. Längre fram i denna rapport slås fast att oavsett detaljutförning bör den målrelaterade ersättningen premiera dels utförare som uppnår en fastställd grundnivå och dels utförare med en redan hög kvalitetsnivå. Genom att samtidigt uppfylla dessa två mål belönas dels utförare med låga kvalitetsnivåer med potential att göra stora relativa framsteg och dels utförare som redan har uppnått en hög grad av excellens. Utförarnas risktagande minskar om ”grundersättning” utgår till alla utförare som uppnår den basala kvalitetsnivån.

Om målrelaterad ersättning inte utfaller på grund av att utföraren inte når upp till avtalad nivå kan det innebära att nämndens kostnader minskar med kapitalackumulation som följd. Ett sätt att förebygga en sådan situation skulle kunna vara att upprätta en bonuspool. För mer information om denna konstruktion, se avsnittet villkorad ersättning kontra bonuspool.

Förslag som rör den målrelaterade ersättningen generellt

Förslagen har delats in i två huvudgrupper:

- generella förslag dvs förslag som den målrelaterade ersättningen oavsett inriktning
- förslag som främst avser ersättningens kvalitets- och patientsäkerhetsdel

Den målrelaterade ersättningens andel av totalersättningen

Som nämnts ovan finns det i dagsläget inte något entydigt svar på frågan om vilken ersättningsnivå som är den rätta. Däremot har den målrelaterade ersättningens andel av totalersättningen hittills varit mycket blygsam, mindre än 1 procent. Nivån bör successivt höjas i takt med att beslut om indikatorer och målvärden blir färdiga och kan börja användas. Ersättningens andel av totalersättningen bör senast 2010 uppgå till minst 3 procent av totalersättningen. Det är för närvarande inte möjligt att uttala sig om denna nivå ska höjas ytterligare därefter. Det är viktigt att beakta den målrelaterade ersättningens ökande andel av totalersättningen vid fastställandet av utomregionala priser.

Vissa bedömare har uttalat farhågor för att en ökning av den målrelaterade ersättningen skulle innebära risk för manipulation av data, till exempel skulle innehållet i kvalitetsregistren riskera att försämrats. Arbetsgruppen delar inte denna uppfattning. All samhällsverksamhet, inklusive hälso- och sjukvård, förutsätter en stor grad av tillit och detta gäller även inom hälso- och sjukvårdens ersättningssystem. Möjligheterna att manipulera data utan upptäckt är dessutom mycket små. Dessutom kommer de övriga delarna i ersättningsmodellen, dvs fasta anslag och prestationsersättning, även fortsättningsvis att vara dominerande även om den målrelaterade ersättningen blir mer omfattande än tidigare.

Arbetsgruppen anser att ersättningens andel av totalersättningen senast 2010 bör uppgå till minst 3 procent av totalersättningen.

Den målrelaterade ersättningens finansiering

En huvudfråga är hur den målrelaterade ersättningen ska finansieras. Ska de resurser som behövs tas genom omfördelningar av nuvarande ersättningar eller ska ”nya” pengar tillföras? Det kan hävdas att det inte finns några nya medel eftersom nämnden bara förfogar över de resurser som den tilldelats i den regionala resursfördelningen. Invändningen är riktig i sak men innebär inte att valet av omfördelningsmetod är oviktig. En redistribution kan göras på flera sätt; nivåerna för den fasta och rörliga ersättningen kan sänkas för alla eller för lågpresterare, alternativt kan resurser tillföras den målrelaterade ersättningen i samband med överenskommelsearbetet. Det finns en psykologisk sida som är värd att ta hänsyn till. Om den faktiska ersättningsnivån sänks eller om vissa enheter bestraffas med sänkta ersättningsnivåer uppfattas det sannolikt negativt. Om medel istället avsätts i samband med överenskommelsearbetet inför ett nytt år kommer inte de befintliga ersättningsnivåerna att sänkas utan endast höjas i mindre omfattning än vad som skulle varit fallet om den målrelaterade ersättningen inte funnits. Denna metod är därför att föredra.

Arbetsgruppen förordar att medel för den målrelaterade ersättningen avsätts i samband med överenskommelserna inför ett nytt år.

Positiva kontra negativa ekonomiska incitament

Incitamenten kan konstrueras så att bonus utfaller om utföraren uppnår ett överenskommet mål. Men incitament kan också utformas så att utföraren förlorar en del av en på förhand avtalad ersättning om målet inte uppnås. I valet mellan positiva och negativa incitament talar mycket för att man skall hålla sig till bonusprincipen, dvs att extra ersättning erhålls vid uppnådd målnivå. Negativa incitament bör endast användas då utföraren inte når upp till den nivå som krävs för att vara en aktör inom regionens sjukvård.

Arbetsgruppen förordar att målrelaterad ersättning utformas så att bonus utfaller om utföraren uppnår ett överenskommet mål. Negativa incitament bör endast användas då utföraren inte når upp till en acceptabel grundnivå.

Villkorad ersättning kontra bonuspool

En grundläggande förutsättning för att systemet med målrelaterad ersättning ska fungera är att kriterierna för bedömning och utbetalning av bonus är tydliga och i förväg accepterade av samtliga berörda parter.

Då målrelaterad ersättning hittills har använts i regionen har den avtalade summan betalats ut under förutsättning att utföraren uppnått överenskomna mål. I annat fall har det överenskomna beloppet innehållits. Denna metod kan betecknas som en villkorad ersättning. Den utsätter utföraren för en ekonomisk risk medan beställaren inte riskerar några oväntade röda siffror.

Bonuspoolmodellen innebär att nämnden avsätter medel i en pool. Utförarna erhåller ersättningar ur poolen beroende på uppnådda mål. Alla medel delas ut varje år vilket innebär att ersättningens storlek avgörs av hur många utförare som är berättigade till bonus. Om många når de överenskomna målen blir bonussumman per utförare mindre än om få gör det. Med bonuspoolmodellen ackumuleras inte resurser hos beställaren. Sett ur utförarens perspektiv förändras inte risktagandet jämfört med den villkorade ersättningsmodellen. En nackdel med bonuspoolmodellen är att det blir svårare för utföraren att göra exakta ekonomiska prognoser. Bonuspoolmodellen kan bli svår att tillämpa för en enskild nämnd eftersom antalet enheter som kommer att konkurrera om dessa medel är begränsat.

Båda villkorad ersättning och bonuspool kan betecknas som positiva ekonomiska incitament. Båda innebär dessutom att nuvarande takkonstruktioner respekteras.

Arbetsgruppen vill inte låsa fast avtalskonstruktionen vid en av de beskrivna modellerna utan menar att båda kan rekommenderas för användning.

Mot vilken nivå ska de ekonomiska incitamenten riktas?

I USA är det vanligt att P4P-program helt eller delvis riktas mot läkare. Man menar att detta är speciellt effektivt då man önskar att en specifik åtgärd ska utföras. Det kan till exempel gälla kontroll av HbA1c-värdet på diabetiker. Samtidigt är man medveten om att andra typer av kvalitetsförbättringar kräver insatser från många olika personalkategorier. GPs i England är egna företagare och den stora omläggning av ersättningsystemet som nyligen gjorts riktar sig därför till läkarna.

Målrelaterad ersättning till sjukhus i USA och England riktas i huvudsak mot sjukhusnivån och inte mot läkarna.

I Sverige är det inte vanligt med ersättningar som riktar sig till en viss personalkategori. I primärvården i Västra Götaland finns en vårdcentral där prestationsbaserad besöksersättning

riktas direkt mot läkarna. Denna ersättningsform har sannolikt påverkat läkarnas beteende. I de två produktivitetsuppföljningar som gjorts har Bjursläotts vårdcentral uppnått höga värden och vårdcentralen är en av de mest produktiva enheterna i Västra Götaland.

Utveckling av medicinsk kvalitet, patientsäkerhet och patientupplevd kvalitet kräver oftast insatser från flera olika personalgrupper. Det finns flera exempel på att det är möjligt och framgångsrikt att rikta ekonomiska incitament direkt mot organisationer.^{33 34}

Målrelaterad ersättning, speciellt den del som handlar om kvalitet och patientsäkerhet, ger beställarna en möjligt att påverka sjukvården på ett mer detaljerat sätt än vad som varit fallet tidigare. Ersättning med inriktning på kvalitet och patientsäkerhet handlar om frågor i sjukvårdens vardag. Därmed kommer denna ersättningsform att engagera och påverka professionen i högre utsträckning än avtalsfrågor om antal besök och DRG-poäng.

I politiska beslut har det flera gånger uttalats att inom sjukhusvården ska ersättningen riktas mot sjukhuset, inte mot enskilda kliniker. Det finns dock möjlighet för sjukhusledningarna att använda sig av ekonomiska incitament mot enskilda kliniker.

Likaså har i politiska beslut uttalats att inom primärvården ska avtal och överenskommelser riktas direkt mot vårdcentralerna, vilket innebär att även ersättningen styrs mot vårdcentralen. Men i vissa fall kan antalet patienter som omfattas av målrelaterad ersättning vara för litet för att man med säkerhet ska kunna bedöma utfallet för en viss indikator. Beställare och utförare måste därför redan vid förhandlingarna uppmärksamma sådana frågor och avtala hur detta ska lösas.

Arbetsgruppen förordar att den målrelaterade ersättningen riktas direkt till sjukhus/vårdcentral.

Lokalt beslutade ersättningsnivåer eller regionalt enhetliga ersättningar?

I tidigare avsnitt har det framkommit att det inte finns något entydigt svar på frågan om vilken ersättningsnivå som är den rätta. De studier som gjorts hittills visar på effekter vid såväl små som stora ersättningsnivåer, samtidigt som effekterna ibland uteblivit trots att ersättningen varit hög.³⁵ Det finns anledning att tro att frågan om ersättnings storlek är komplex och bland annat beror på vad som ersätts och i vilket sammanhang. Akademiska företrädare i USA anser att det för USAs del vore bäst med flera olika regionala ersättningsmodeller för att bygga upp kunskapen om vad som fungerar.³⁶ Det engelska systemet med nationellt bestämda ersättningsnivåer är komplicerat och administrativt krävande.

Det finns därför i nuläget inte anledning av föreslå regionalt enhetliga ersättningsnivåer. Sannolikt kan även i Västra Götaland kunskap om vad som är betydelsefullt erhållas på ett snabbare sätt om ersättningsnivåerna bestäms lokalt. Allt under förutsättning att de olika ersättningsområdena regelbundet följs upp och att resultatet sprids regionalt. Varje nämnd ska besluta om ersättningsnivån. Inte heller inom övriga områden som den målrelaterade

³³ Ewa Forsberg. Do Financial Incentives Make a Difference?: A Comparative Study of the Effects of Performance-Based Reimbursement in Swedish Health Care. Diss. Uppsala : Univ., 2001

³⁴ Lindenauer PK, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM, Ma A, Bratzler DW

Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. N Engl J Med. 2007 Feb 1;356(5):486-96

³⁵ Rosenthal MB, Dudley RA Pay-for-Performance - Will the Latest Payment Trend Improve Care? JAMA. 2007;297:740-744

³⁶ Epstein AM. Pay for Performance at the Tipping Point. N Engl J Med. 2007 Feb 1;356(5):515-7

ersättningen omfattar, dvs utanför kvalitets- och patientsäkerhetsområdet, finns det skäl att ha regionalt enhetliga ersättningsnivåer.

Det är nämndernas ansvar att kontinuerligt följa upp effekterna av den målrelaterade ersättningen. Regionala sammanställningar av nämndernas uppföljning kommer att göras inom regionkansliet.

Arbetsgruppen förordar att ersättningsnivån bestäms lokalt. Nämnderna har ansvar för att följa upp effekterna av den målrelaterade ersättningen.

Samordnad styrning

En kombination av ekonomiska incitament och annan styrning och stöd är mer verkningsfullt än om endera av dessa verktyg används ensamt. Det är därför viktigt att koordinera styrning av olika slag. Då målområden väljs ut bör olika styrningsmetoder kombineras; till exempel ekonomisk ersättning, offentliggörande och publicering av resultat och stöd vid införande av verkningsfulla IT-verktyg. Nya nationella riktlinjer bör och kan också stödjas med hjälp av ekonomiska incitament.

Arbetsgruppen förordar att målrelaterad ersättning samordnas med annan styrning.

Förslag som främst avser rör den målrelaterade ersättningens kvalitets- och patientsäkerhetsdel

Lämpliga områden/indikatorer

God vård och den regionala uppföljningsstrukturen

Socialstyrelsen har 2006 definierat begreppet god vård.³⁷ I hälso- och sjukvårdsutskottets beslut om regional struktur för uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet anknyter man till Socialstyrelsens definition. På annat ställe i denna rapport beskrivs sambandet mellan den regionala uppföljningsstrukturen och innehållet i den målrelaterade ersättningen. Uppföljningsstrukturen är en av flera grunder för den målrelaterade ersättningen. Den målrelaterade ersättningen ska alltså inriktas mot de åtta områden som ingår i denna struktur:

- hälsoläge i befolkningen
- kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
- säker hälso- och sjukvård
- patientfokuserad hälso- och sjukvård
- effektiv hälso- och sjukvård
- jämlik hälso- och sjukvård
- hälso- och sjukvård i rimlig tid
- effekter på hälsan

Viktiga steg vid val av kvalitetsområden/indikatorer

Antalet områden där kvaliteten kan förbättras kommer alltid att vara större än antalet områden där det är möjligt att vidta förbättrade åtgärder. En prioritering måste göras. Då beställare och utförare prioriterar bör följande aspekter beaktas:

³⁷ God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. SoS 2006

- Val om lämpliga områden/indikatorer sker bäst genom konsensusbeslut. Beställare och utförare ska vara överens om att det utvalda området är viktigt
- Om möjligt ska området ha varit föremål för nationellt eller regionalt riktlinjearbete
- Området/indikatorn ska beröra ett stort antal patienter
- Vad val av område ska man välja områden där det finns stor förbättringspotential
- Indikatorerna inom området ska
 - vara valida
 - uppfattas som rättvisa av beställare, utförarledning och av professionen
 - kunna extraheras ur IT-systemen
- Uppgifter om utgångsläget ska finnas
- Det ska vara möjligt för utföraren att påverka utfallet för de indikatorer som väljs ut
- Nationellt eller regionalt beslutade målnivåer ska användas om sådana finns för den utvalda indikatorn

Avslutande kommentar

Tidigare i rapporten har vi beskrivit de områden/indikatorer som används i USA och England. Det finns ett mycket stort antal potentiella indikatorer som kan användas för målrelaterad ersättning. Det finns skäl att skynda långsamt då den ekonomiska ersättningen ska kopplas mot medicinsk kvalitet och patientsäkerhet. Det är bättre att successivt bygga upp ett stabilt system än att tvingas till reträtt en eller flera gånger. Arbetsgruppen förordar därför att beställare och utförare, med beaktande av de förhållningssätt som framgår av avsnittet om viktiga steg vid val av kvalitetsområden/indikatorer, initialt *väljer ut ett fåtal indikatorer* som ska utgöra grunden för ekonomisk ersättning. Det *krävs kontinuitet och uthållighet*, samma indikatorer bör användas under flera år. I första hand ska parterna välja bland de indikatorer som finns i den regionala indikatorförteckningen. Om förteckningen saknar lämplig indikator kan parterna komma överens om en lokalt framtagen indikator.

För att en indikator ska kunna användas som ersättningsgrund fordras också att både utförare och beställare ska kunna få fram uppgifter om utfallet under avtalsåret. Informationssystem, som ger tillgång till *aktuella* data, måste därför byggas upp.

Om indikatorutfallet endast kan avläsas en gång per år uppträder flera olägenheter:

- Det interna kvalitetsarbetet saknar uppgifter som ger feed-back
- Inaktuella uppgifter kan medföra att ersättningen kopplas till redan passerade målnivåer; ersättningen innehåller därmed inte kvalitetsincitamentet som svarar mot dagens situation
- Utan aktuella indikatorresultat kan verksamheten inte värdera sannolikheten för att målnivån kan uppnås. Det blir då omöjligt att göra ekonomiska prognoser, vilket kan leda till stora problem om den målrelaterade ersättningen utgör en relativt stor del av totalersättningen.

Arbetsgruppen förordar att den målrelaterade ersättningen som avser kvalitet och patientsäkerhet inriktas mot de åtta områden som ingår i den regionala uppföljningsstrukturen. Val av lämpliga områden/indikatorer sker bäst genom konsensusbeslut mellan beställare och utförare. Initialt väljs ett fåtal indikatorer, i första hand från den regionala indikatorförteckningen. Om förteckningen saknar lämplig indikator kan parterna komma överens om en lokalt framtagen indikator. Det bör vara möjligt att fortlöpande under avtalsåret få fram uppgifter om indikatorutfallet.

Absoluta kontra relativa mål

Med absoluta mål menas fasta indikatornivåer av typen HbA1c-medelvärde under 7 procent ska uppgå till minst 60 procent. I den mån kvalitetsmål har avtalats i regionen har ersättningen hittills relaterats till absoluta mål. Mot denna konstruktion har man invänt att utförare som redan i utgångsläget presterar väl inte har något incitament att förbättra sig ytterligare.

Dessutom kan man teoretiskt tänka sig att utförare som har låga kvalitetsnivåer inser att de inte kan nå det uppsatta målet och därmed ger upp på förhand. Dessa båda argument talar för ersättning som baseras på relativa mål, dvs på procentuell förbättring. Å andra sidan kommer ersättning baserad på förbättring att diskriminera utförare med redan höga kvalitetsnivåer. Det är sannolikt svårare att förbättra sig om man redan är högpresterande.

En av de studier som refererats i avsnittet om vetenskapliga studier av P4P har visat att trots att man använde sig av absoluta mål var det de enheter som före starten hade de lägsta värdena som förbättrades mest. Dessa enheter fick bara en liten del av ersättningen. Även i en annan av de refererade studierna kom man fram till ett analogt resultat. Man kan konkludera att det är lättare att förbättra kvaliteten om utgångsvärdena är mediokra. Sådana förbättringar kan bero på att professionella strävanden stimulerades genom införandet av P4P-programmet oberoende av hur man bedömde utsikterna att få del av ersättningen.

Arbetsgruppen föreslår att beställarna i första hand använder sig av absoluta mål då man utformar framtida målrelaterade ersättningar inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet.

Målnivåer

Målrelaterad ersättning med inriktning mot medicinsk kvalitet och patientsäkerhet ska i första hand utgå från regionalt fastställda målnivåer. Målnivån för en viss indikator ska sättas utifrån evidensbaserad kunskap. Tillgången till evidensbaserad kunskap varierar inom olika områden. Inom till exempel kardiologin är kunskapsläget gott och indikationerna för olika behandlingar är för det mesta välunderbyggda. Inom andra områden har man inte kommit lika långt. För att regionala målnivåer ska kunna fastställas kommer det att krävas säkra evidens. Processen under vilken man fastställer regionala målnivåer måste involvera flera olika intressenter och förankringssteg: professionen, förvaltningsledningarna och beställarna. I vissa fall måste beslutet tas av den centrala politiska nivån eftersom avgörandet kan ha påtaglig resurspåverkande inverkan. Regionstyrelsen har våren 2007 beslutat om ägaruppdrag angående ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Ett av dessa uppdrag är att ta fram en berednings- och beslutsprocess för framtida val och revideringar av regiongemensamma indikatorer. Uppdraget har ännu inte slutförts och därför kan inte denna process beskrivas i detalj.

Men det kommer sannolikt även att finnas situationer där det är uppenbart att kvaliteten och/eller patientsäkerheten behöver höjas även om evidensläget inte tillåter att regionala målnivåer läggs fast. I ett sådant läge kan beställare och utförare komma överens om lokala dito. Utgångspunkten ska även i dessa fall vara de evidens som finns inom det aktuella området.

Målrelaterad ersättning med inriktning mot medicinsk kvalitet och patientsäkerhet ska i första hand utgå från regionalt fastställda målnivåer.

Enkla eller sammansatta indikatorer

Det som skrivits ovan i denna rapport har utgått från att den målrelaterade ersättningen ska premiera enkla indikatorer, dvs varje indikator mäter bara en aspekt av kvaliteten inom ett område. För varje indikator finns ett eller flera mål och då dessa uppnås utfaller den överenskomna ersättningen. I USA använder man sig i relativt stor omfattning av sammansatta indikatorer; ett antal indikatorer inom samma område slås samman till en ny. Sammansatta indikatorer är populära därför att de ger översikt och sammanfattar komplicerade förhållanden. Processen då flera indikatorer slås samman till en ny indikator är dock komplicerad och svår genomtränglig. Varje indikator måste värderas i förhållande till de andra och få en vikt. De sammansatta indikatorerna riskerar därför att inte korrekt spegla vårdverkligheten. Innan ytterligare erfarenheter uppnåtts bör man avstå från sammansatta indikatorer i ersättnings sammanhang.

Arbetsgruppen föreslår att man i ersättnings sammanhang initialt endast använder sig av enkla indikatorer.

Olika modeller för den målrelaterade ersättningen

Vid utformningen av den målrelaterade ersättningen har beställare och utförare en rad olika modeller att välja mellan, några beskrivs i bilaga 1. Oavsett detaljutformning bör den målrelaterade ersättningen premiera dels utförare som uppnår en fastställd grundnivå och dels utförare med en redan hög kvalitetsnivå. Denna princip belönar dels utförare med låga kvalitetsnivåer med potential att göra stora relativa framsteg och dels utförare som redan har uppnått en hög grad av excellens. Modeller som tillgodoser dessa båda syften innebär också att utförarnas ekonomiska risker minskas.

Vi ska i det följande ge två modellexempel.

Om det finns endast ett regionalt måltal för en indikator kan parterna utforma ersättningen genom att avtala om i vilken omfattning måltalet ska uppnås. Man kan till exempel ange att om 30 % av patienterna uppnått målvärdet utfaller x kronor, om 40 % uppnår målvärdet utfaller y kronor etc. En sådan konstruktion medger anpassning till lokala förhållanden där kvalitetshöjande incitament kan byggas in i avtalet.

Allt eller intet-modeller, dvs krav på att ett målvärde ska uppnås för alla patienter som omfattas, är däremot inte lämpliga i dessa sammanhang. Den biologiska variationen är så stor att sådana modeller inte passar inom sjukvården.

Ett alternativ till ett enda målvärde kan vara en trappstegskonstruktion med en basal målnivå (miniminivå) och därutöver en eller flera ytterligare nivåer. Den målrelaterade ersättningen utformas så att alla som uppfyller den basala nivån erhåller en viss ersättning. Enheter som når en eller flera av de övriga nivåerna får ytterligare ersättning. Därigenom belönas de flesta av utförarna för miniminivån samtidigt som det för de högpresterande enheterna finns fortsatta incitament till förbättring.

Utöver dessa två exempel finns det flera andra ersättningsvarianter. Arbetsgruppen kan i nuvarande läge inte förorda en modell före en annan. Däremot vill arbetsgruppen återigen betona vikten av kunskap om utgångsläget samt att parterna i första hand använder sig av regionala indikatorer och måltal.

I bilaga 1 ges två exempel på hur målrelaterad ersättning skulle kunna användas inom diabetesområdet.

Arbetsgruppen förordar att oavsett detaljutformning bör den målrelaterade ersättningen premiera dels utförare som uppnår en fastställd grundnivå och dels utförare med en redan hög kvalitetsnivå.

Betydelsen av välfungerande informationssystem

För att en indikator ska kunna användas som grund för ersättning fordras att det finns möjligheter att få information om mätvärden. Detta ställer krav på informationssystemen i regionen. Utan mätvärden har man inte kunskap om utgångsläget och heller inte om prestationerna efter det att ersättningen införts. Det är ett gemensamt ansvar för ägare, beställare och utförare att dessa system finns på plats. Under en uppbyggnadsfas kommer antalet användbara indikatorer att begränsas på grund av informationssystemens bristande egenskaper och täckning.

Det är ett gemensamt ansvar för ägare, beställare och utförare att det finns välfungerande IT-stödsystem.

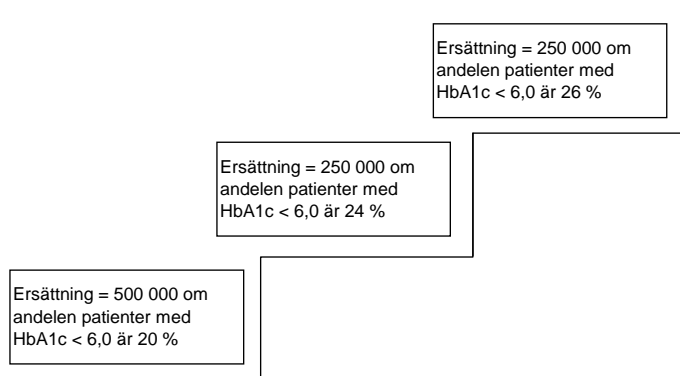
Bilaga 1

Två exempel på möjliga sätt att utforma den målrelaterade ersättningen inom diabetesområdet

Exempel 1

I nationella diabetesregistrets årsrapport för 2006 redovisas andel patienter vid medicinkliniker med ett uppmätt HbA1c-värde på < 6,0 %. För Västra Götalands del var andelen 22,3 % och de 95 % konfidensintervallen var 21,0 – 23,7 %. Riksgenomsnittet var 21,0 %.

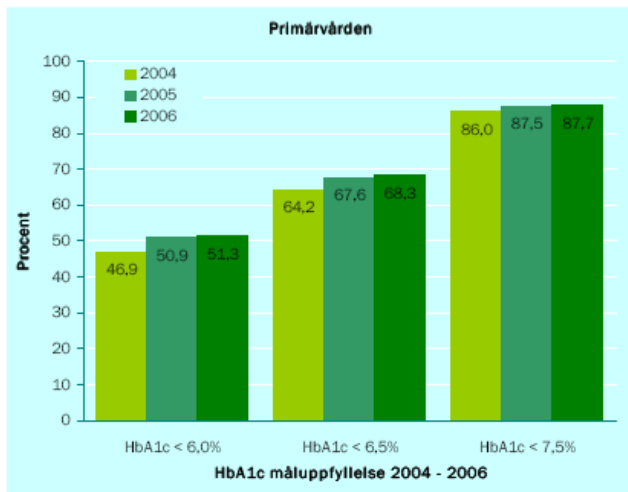
Dessa värden kan vara utgångspunkt för målrelaterad ersättning med ett enda regionalt målvärde, dvs att HbA1c för diabetiker vårdade på medicinkliniker ska vara 6,0 % eller mindre.



En grundersättning utgår om andelen patienter med HbA1c-värde på < 6,0 är 20 % eller mer. Värdet ligger något under riksmedelvärdet, men eftersom det sannolikt finns någon medicinklinik som har ett lägre värde, kommer grundersättningen ändå att verka kvalitetshöjande. Grundersättningen är i kronor räknat högre än ersättningen för de två andra målnivåerna. Nästa steg i trappan är målvärdet 24 % för andelen patienter med HbA1c-värde på < 6,0. Här har målvärdet satts något högre än riksmedelvärdet för att ersättningen ska ge ett kvalitetsincitament. Samma gäller för nästa nivå där målvärdet är 26 %.

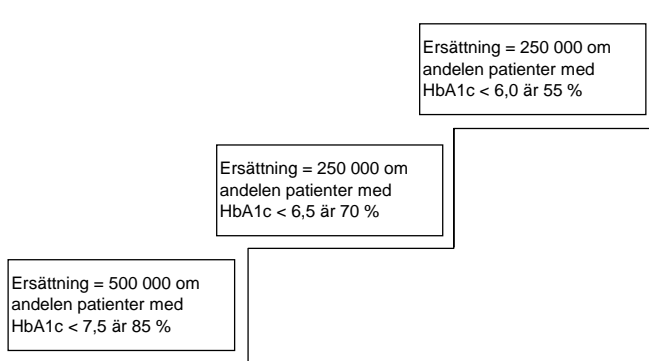
Exempel 2

I nationella diabetesregistrets årsrapport för 2006 redovisas andel patienter inom primärvården med ett uppmätt HbA1c-värde på < 6,0 %, < 6,5 % respektive < 7,5 %.



2006 hade 87,7 % av patienterna inom primärvården i Sverige ett HbA1c-värde på < 7,5 %, 68,3 % ett HbA1c-värde på < 6,5 % samt 51,3 % ett HbA1c-värde på < 6,0 %.

I detta exempel antar vi att de regionala målnivåerna för primärvårdspatienter med diabetes är följande: andel patienter med HbA1c-värde på < 7,5 = 85 %, andel med HbA1c-värde på < 6,5 = 70 % och andel med HbA1c-värde < 6,0 = 55 %.



En grundersättning utgår om andelen patienter med HbA1c-värde på < 7,5 är 85 % eller mer. Värdet ligger något under riksmedelvärdet, men eftersom det sannolikt finns ett antal vårdcentraler i VGR som har ett lägre värde, kommer grundersättningen ändå att verka kvalitetshöjande. Grundersättningen är i kronor räknat högre än ersättningen för de två andra målnivåerna. Nästa steg i trappan är målvärdet 70 % för andelen patienter med HbA1c-värde på < 6,5. Här har målvärdet satts något högre än riksmedelvärdet för att ersättningen ska ge ett kvalitetsincitament. Samma gäller för andelen patienter med HbA1c-värde på < 6,0, riksmedelvärdet var 51,3 % och målvärdet är 55 %.

Det bör betonas att det finns många andra varianter som är tänkbara då det gäller ersättning baserad på HbA1c-värde. Den slutliga utformningen avgörs i samband med överenskommelsen.