

*Marion Lindh*

# Styrmodeller- betala och välja

Never pay Never  
Again



Medicare Won't Pay  
for Medical Errors

8

Hyggligt  
förebyggbara



## Minnesotalistan

LAG

- Surgical Events 5
- Product or Device Events 3
- Patient Protection Events 3
- Care Management Events 8
- Environmental Events 5
- Criminal Events 4

NQF  
National Quality Forum

2001  
Never Event  
28 komplikationer

HealthPartners®  
Your health. Your partners.



<http://www.health.state.mn.us/patientsafety/ae/adverse27events.html>

“This whole trend is like a **juggernaut**, and it is not going to stop.”

Dr. Donald M. Berwick, president of the  
Institute for Healthcare Improvement



## P4P program

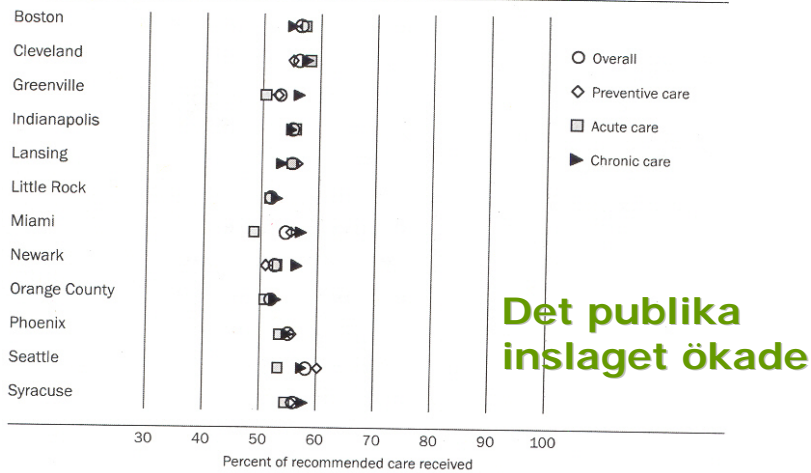
- 100 tal program i USA
- UK har Quality and Outcome Framework (QOF)
- Italien, Australien, Nya Zeeland och Sverige
- Costa Rica "pionjär"

## Drivkrafter

- Problem med "Managed care"
- Kapitering tar inte hänsyn till kvalitet
- Kostnadsökningar
- Institute of Medicine, Health affairs m.fl
- Elektroniska system utvecklades allt mer
- Standardiserade rapporter kom fram

**Utvecklingen av Jämförelser 2002**

**EXHIBIT 2**  
**Quality Deficits Found In All Types Of Care And In All Twelve Community Quality Index Study Communities**



SOURCE: Authors' analysis of original data from the Community Quality Index (CQI) study, 1998-2000.

## I dén som den formulerades

"The use of incentives to **encourage** and **reinforce** the delivery of evidence-based practices and health system transformation that promote better outcomes as efficiently as possible"

**Förhoppning eller hype?**

## Ideologi har blivit teknikaliteter

**" Är det önskvärt?"**

..har blivit..

**"Hur får man det att fungera?"**

## Styrning med pengar och val

- CMS- straff med 4% om man inte rapporterar  
⇒ 98% rapporterar
- CMS ⇒ E-recept 2009  
2% - 1% - straff
- Integrated Health Association och PacificCare Health system
- California Blue Cross
- Boston
- UK – primärvården
- Vårdval utbredd i Europa

## California physician groups

### *Kontrollgrupp Pacific Northwest physician groups*

- 5% av kapiteringen/öppenvård
- 10 mått varav fem patientrapporterade
- Screening bröst och livmoderhals, HbA 1c
- 14 av 172 nådde > fem målvärden
- Cervixscreening- signifikant skillnad
- 75% av pengarna gick till de som redan uppnått målvärdet
- De svagaste förbättrades mest
- Även kontrollgruppen förbättrades

Rosenthal, JAMA, October 12, 2005 Vol 294, No 14

## Market Watch Health Affairs

- P4P har **slagit rot** ⇒ 24/27 (Integr Health Ass)
- P4P vanligast i **primärvård** ⇒ specialister ökar
- **Måtten förändras** över tid ⇒ resultat, kostnadseffektivitet, informationsteknologi
- Antalet **mått** som ger bonus **ökar** ⇒ 99% har fler
- Några **tas bort** ⇒ 33%, patientrapporterade data,
- Koppling till **guidelines**
- **Mer pengar** ⇒ men liten del av totalt belopp

Rosenthal *Health Affairs* 26, no. 6 (2007): 1674–1682;

## Market Watch Health Affairs

- Bevis på påverkan? ⇨ 7% oberoende utvärdering. Svårigheter att koppla utfall till P4P
- 38% positiva effekter, 42% blandat resultat och 20% negativa resultat
- **Positiva** effekter för diabetes, cancerscreening, hjärtsjukvård ⇨ samband ej bevisade
- **Negativa** effekter ⇨ svårt sjuka sällas bort? Nej men oron finns

*Inget konklusivt*

## Infarktvård inom CMS

*CMS och hjärtinfarktvård 2003*

- 54 sjukhus ingick i studien för P4P
- Kontrollgrupp 446 sjukhus

*Förbättrades kvalitet snabbare?*

*Uppstod oönskade effekter?*

- Resultat ⇨ ingen påverkan av mortalitet mellan jämförda grupper
- Inga oavsiktliga sidoeffekter uppstod
- Fler studier behövs

▪ *JAMA June 6, 2007-Vol 297, No 21*

## Slutsatser

- Införandet varierar stort
- Ingen konsensus kring mått och incitament
- Studier beträffande effektiviteten saknas genomgående

**Nationell standardisering  
Studier kring effektivitet**

## Rekommenderade överväganden

- Hur göra en klok design → betala för vad?
- Involvera producenterna → öka förtroendet
- Val av mått → kliniska data som kan påverkas
- Välj processindikatorer med evidens
- Vad ska premieras → målribba- förbättring?
- Incitamentpottens storlek → utökning?
- Hur bonus betalas ut? I tiden? Till vem?
- Resurser för finansiering
- CAVE- inte kostnadsbesparingsprogram
- Vilka är vårdens drivkrafter → fungerar pengar?

*"Vettigare sätt" att betala  
för kvalitet  
än prestation även om det  
inte påverkat resultatet*

## Två framtidsscenarier

- Permanent inbyggt i finansieringssystemet
- Data publika för alla och pengar följer dit kunder går → men kommer allmänheten förstå att värdera data?

30% av befolkningen har sett jämförelser  
14% har använt data  
< 50% tror att det är några skillnader i kvalitet

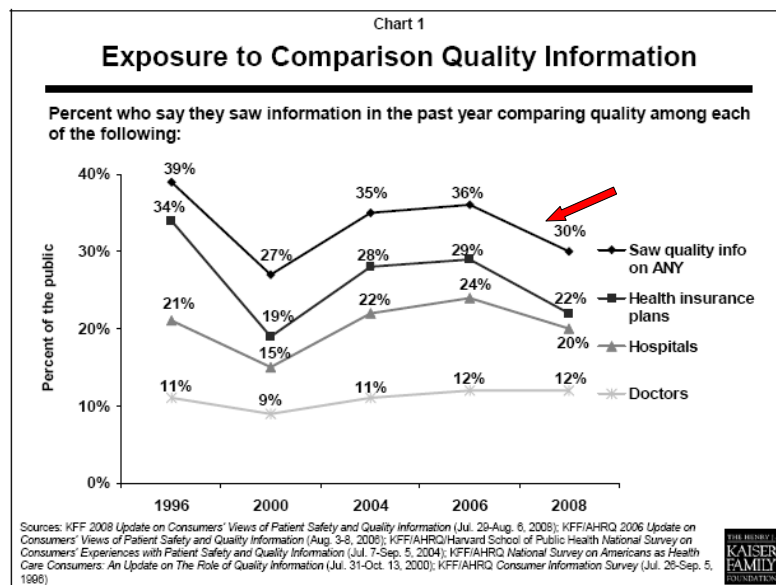
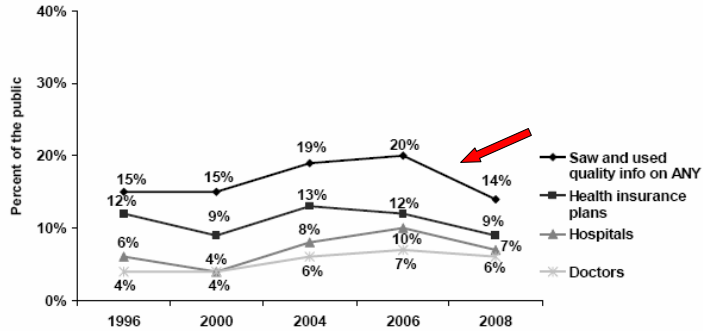


Chart 2  
**Exposure to and Use of Comparison Quality Information**

Percent who say they saw information in the past year comparing quality among each of the following and used it to make health care decisions:

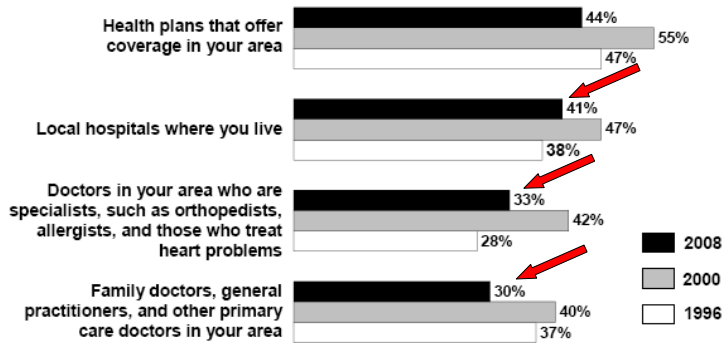


Sources: KFF 2008 Update on Consumers' Views of Patient Safety and Quality Information (Jul. 29-Aug. 6, 2008); KFF/AHRQ 2006 Update on Consumers' Views of Patient Safety and Quality Information (Aug. 3-8, 2006); KFF/AHRQ/Harvard School of Public Health National Survey on Consumers' Experiences with Patient Safety and Quality Information (Jul. 7-Sep. 5, 2004); KFF/AHRQ National Survey on Americans as Health Care Consumers: An Update on The Role of Quality Information (Jul. 31-Oct. 13, 2000); KFF/AHRQ Consumer Information Survey (Jul. 26-Sep. 5, 1996)



Chart 6  
**Differences in Quality**

Percent who say there are "big differences" in the quality of care among each of the following:



Sources: KFF 2008 Update on Consumers' Views of Patient Safety and Quality Information (Jul. 29-Aug. 6, 2008); KFF/AHRQ National Survey on Americans as Health Care Consumers: An Update on The Role of Quality Information (Jul. 31-Oct. 13, 2000); KFF/AHRQ Consumer Information Survey (Jul. 26-Sep. 5, 1996)



## Vårdval som styrmedel

- Spritt i Europa

Vårdval Västmanland

Vårdval Östergötland

Vårdval Stockholm

Hälsoval Skåne

– den fortsatta utvecklingen av en del av närsjukvården i Skånsk Livskraft - vård och hälsa

Vårdval Halland – ger dig en egen vårdenhet

## Fritt val – en illusion? Kosmetika?

- Marknaden- finns den?
- Efterfrågan kontra behov
- Behoven varierar för samma tillstånd
- Tillgång på vård är ojämt fördelad
- Göra sig förstådd, förstå vad som kan efterfrågas
- Studier är få angående effekter på jämlik vård

Tyskarna begränsar valfrihet- kostar!  
Effektivitet och kvalitet påverkas inte  
Unga och friskare individer gynnas  
Välutbildade tar för sig  
Riskerar öka ojämlikhet i vården  
Hinder att söka vård hos socialt missgynnade

## Vårdval väcker alltså frågor

- Vilka grupper vill vi gynna?
- Vad kostar det?
- Vad vill patienter egentligen?
- Vilka investeringar borde göras?
- Kan pengarna spenderas bättre

Att utöva val kräver fundamental förändring i hur vi kommunicerar med patienter, tid och investeringar i stödsystem

**78% önskar vara involverade i beslut**

37% prioriterar fritt val

## UK- primärvården april 2004

- Quality and Outcomes Framework (QOF)
- Följsamhet till guidelines
- 146 indikatorer med åsatt poäng för bonus
- Påverkar lönen med 30% (1,8 miljarder nya pund= 20% av NHS's budget)
- 6% exkluderades- doktorn avgör riskjustering (0-85%)

## ..så hur blev det?

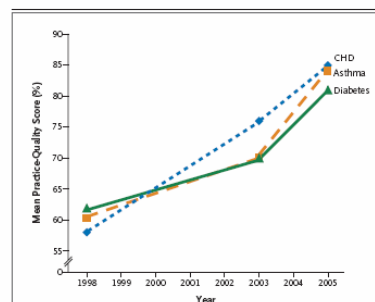
- 91% följde guidelines
- Vårdkvaliteten ⇒ bättre än man trodde
- Man fick betala ut mer ⇒ underskott
- IT-system utvecklades ⇒ bättre registrering
- Öppen redovisning ⇒ drivkraft
- Fler sjuksköterskor har anställts
- Lättare att rekrytera GP

*Läkare oroade  
Sjuksköterskor  
ökar vilket  
riskerar medföra*

Försämrad helhetssyn  
Läkaren ser sjukdom i stället för patient  
Mått behandlas istället för människan  
Sämre kompetens då andra tar över

## P4P och vården av astma, diabetes och hjärtsjukdomar

- Förbättringar skedde för alla tre grupper 2003-2005 i de 42 praktikerna
- Hjärtsjukvården var föremål för satsning 2001-2002



**Figure 1. Mean Scores for Clinical Quality at the Practice Level for Coronary Heart Disease, Asthma, and Type 2 Diabetes, 1998 to 2005.**  
The quality of care for coronary heart disease (CHD), asthma, and type 2 diabetes was improving between 1998 and 2003, before the introduction of pay for performance. The rate of improvement in quality of care increased significantly for diabetes and asthma between 2003 and 2005, after the introduction of pay for performance; the rate for coronary heart disease, which was increasing most rapidly before pay for performance, continued at the same rate after pay for performance was introduced.

New Engl J Med 357;2 July 2007

## Några röster från litteraturen

- Svagt samband mellan QOF och intagning på sjukhus och dödlighet
- Starkt samband för QOF och socioekonomiskt status
- Betalning speglar inte vinster i hälsa
- Satsa på svaga grupper viktigt
- Risk att man ägnar sig åt marginella frågor
- Potentiell fara att få felaktiga styrmekanismer
- P 4 P löser inte problemen kring ojämlik vård

## Så tänker man nu och framåt

- Avsaknad av baseline ⇒ **men...**politiker gillar inte pilotprojekt
- Genomfördes för snabbt, för stort och ambitiöst
- "För lätt" att tjäna pengar
- Allmänheten förstod inte vad som uppnått så ökad kvalitet ger inga nya röster i val
- Använd indikatorer kopplade till evidens för hälsoeffekter
- Pga. de stora kostnaderna införs tak, och målribbor samt nya sjukdomsområden
- Läkare behöver troligen jobba hårdare framöver och anställa fler medarbetare

## Att diskutera

- Finns risker med P4P
- Ska akutvård, kronisk el. prevention ingå i P4P?
- Målribbor versus förbättringar ingå i P4P
- Ska P4P ersätta delar versus helhet i en org?
- Ska patienter, läkare, grupper, sjukhus belönas?
- Hur vidmakthålls förbättringen då P4P avslutats?

## Källor och att läsa

- Rosenthal MB, Landon BE, Howitt K, Song HR, Epstein AM. Climbing up the pay-for-performance learning curve: where are the early adopters now? *Health Aff (Millwood)*. 2007;26(6):1674-1682.
- Rosenthal MB, Frank RG, Li Z, Epstein AM. Early experience with pay for performance: from concept to practice. *JAMA*. 2005;294(14):1788-1793.
- Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of healthcare? *Ann InternMed*. 2006;145(4):265- 272.
- Glickman SW, Ou F, DeLong ER, et al. Pay for performance, quality of care, and outcomes in acute myocardial infarction. *JAMA*. 2007;297(21):2373-2380.

## Källor och att läsa

- Pay for performance: Too much of a good thing? A conversation with Martin Roland, Health Aff Galvin 25 (5): w412
- Will Pay-For-Performance And Quality Reporting Affect Health Care Disparities? Health Affairs May/June 2007 - Volume 26, Number 3
- Climbing Up The Pay For Performance Learning Curve: Where Are The Early Adopters now, Health Affairs Nov/Dec 2007 1674-1682
- New York Times *aug 17, 2007*

## Källor och att läsa

- Medicare's decision to Withhold Payment for Hospital Error, The Joint Comm J on Qual and Safety Febr 2008 vol 34 nr 2
- The Effect of Health Care System Administrator Pay-for-Performance on Quality of Care The Joint Comm J on Qual and Safety Nov 2008 Vol 34 Nu 11
- Vårdval- evidens och effekter för vård på lika villkor, Läktid nr 43 volym 105

## Källor och att läsa

- Medicare Payment For Selected Adverse Events: Building The Business Case For Investing in Patient Safety Health Affairs 25, no. 5 (2006): 1386–1393; 10.1377/hlthaff.25.5.1386
- Investing In Patient Safety, Health Affairs 25, no. 5 (2006): 1386–1393; 10.1377/hlthaff.25.5.1386
- Nonpayment for Performance? Medicare's New Reimbursement Rule, N Engl J Med 357;16 www.nejm.org october 18, 2007

▪ Tack