



Team Styring og Sammenhæng, Danske Regioner

# Arbejdsrapport: Beskrivelse af afregningsmodeller til at understøtte værdibaseret styring

Arbejdsgruppen for økonomi, afregningsmodeller og data i projekt om  
værdibaseret styring

02-12-2016

**Arbejdsgruppen for økonomi, afregningsmodeller og data i projektet om værdibaseret styring nedsat af Styregruppen for Værdibaseret Styring sommeren 2016 har afsluttet arbejdet med beskrivelse af afregningsmodeller til at understøtte værdibaseret styring.**

**Deltagere i arbejdsgruppen er:**

Simon Andersen – Region Nordjylland  
Helene Christine Møholt Hedensted – Region Nordjylland  
Henrik Imer Nielsen – Region Nordjylland  
Miriam Mogensen – Region Midtjylland  
Henriette Sørensen – Region Midtjylland  
Jan Funder – Region Syddanmark  
Niels Nørgaard Pedersen – Region Syddanmark  
Karina Edvardsen – Region Syddanmark  
Lene Jørndrup – Region Sjælland  
Kristin Hultgren – Region Sjælland  
Eva Bartels – Region Hovedstaden  
Sven Knudsen – Region Hovedstaden  
Niels Würbler Hansen – Region Hovedstaden  
Mads Hansen – Sundheds- og Ældreministeriet  
Poul Erik Hansen – Sundheds- og Ældreministeriet  
Annemette Anker Nielsen – Sundheds- og Ældreministeriet  
Søren Varder – Finansministeriet  
Søren Heldgaard Olesen – Finansministeriet  
Mickael Bech - KORA  
Rikke Magrethe Friis – Danske Regioner

**Sekretariatet i Danske Regioner:**

Naja Warrer Iversen – Danske Regioner  
Pernille Moll – Danske Regioner  
Janne Refnov – Danske Regioner

## **Indledning**

Værdibaseret styring er en strategi for udviklingen af sundhedsvæsenet, som sigter mod at opnå de bedst mulige resultater for patienten med et effektivt ressourceforbrug.

Tanken om, at sundhedsvæsenet skal levere behandling med værdi for patienten, er ikke ny, men værdibaseret styring indebærer, at de traditionelle, organisatoriske grænseflader skal have mindre betydning så indsatsen kan organiseres med udgangspunkt i de forskellige patientgruppers behov. Fokus i opfølgingsmodellerne skal derfor ændres fra alene aktivitet til opfølgning på kvalitet og resultater for patienten, set i forhold til det samlede ressourceforbrug på tværs af enheder. Det vil sige effekt i forhold til omkostninger.

Konceptet værdibaseret styring er lanceret af Michael E. Porter og indeholdende en række delkomponenter: organisering i integrerede enheder, dækkende et geografisk optageområde, der gør at de kliniske kompetencer kan opretholdes, løbende monitorering af outcome og omkostninger, samlet betaling for patientforløb, integreret behandling på tværs af diagnoser, samt en integreret it-plattform.

Med Økonomiaftalen for 2016 mellem regeringen og Danske Regioner er det aftalt, at der på udvalgte områder sættes forsøg i gang i hver region med at udvikle og afprøve nye afregningsmodeller med afsæt i værdibaseret styring.

Dette arbejdsrapport er resultatet af et arbejde i regi af det fællesregionale projekt om værdibaseret styring og udarbejdet af en til formålet nedsat arbejdsgruppe med deltagelse af regionerne, Danske Regioner, Sundhedsministeriet, Finansministeriet og Professor Mickael Bech

Arbejdsrapport søger at skabe en ramme for en beskrivelse af forskellige afregningsmodeller, der understøtter styring efter værdi for patienten ved på den ene side at tage udgangspunkt i den teoretiske og empiriske viden om fordele og ulemper ved forskellige afregningsmodeller, og på den anden side at fokusere på de udfordringer, der søges løst inden for forskellige behandlingsområder og -typer.

I arbejdsrapportens første afsnit er en generel begrebsafklaring i forhold til styrings- og afregningsmodeller samt diskussion af principper for modelindretning og hensyn, der er vigtige i forbindelse med tilrettelæggelse og forsøg med nye afregningsmodeller.

I afsnit 2 er en introduktion til eksisterende afregningsmodeller og tendenser i et internationalt perspektiv, der leder over i nogle konkrete overvejelser i afsnit 3 om afregningsmodeller på forskellige typer af behandlingsområder.

## 1. Begrebsafklaring

Der skelnes i nærværende beskrivelse af afregningsmodeller mellem styringsmodeller og afregningsmodeller. Med ”styringsmodeller” menes governancestrukturer generelt, som afspejler sig i regionens kontrakter, procedurer og opfølgningssystemer herunder ledelsesinformation og KPI-er. Mens ”afregningsmodeller” vedrører mere specifikt de økonomiske mekanismer og incitament, der er indbygget i den anvendte praksis for at fordele budgetter ud til sygehuse og eventuelt videre ud til enkelte afdelinger. Afregningsmodellen skal understøtte styringen eller som minimum være neutral i forhold hertil.

Derudover er det nødvendigt at have en overordnet ramme, modellerne kan beskrives inden for – hvad modellen skal understøtte.

### *1.1 Karakteristik af afregningsmodeller, der understøtter værdibaseret styring*

I Incitamentsudvalgets rapport fra 2013 blev det konkluderet, at der er behov for styringsmodeller, der i højere grad fremmer sammenhæng på tværs af institutioner og myndigheder, og som understøtter kvalitetsudvikling blandt andet ved at synliggøre resultaterne af indsatsen. Samtidig er det hensigtsmæssigt at reducere sammenhængen mellem aktivitet og finansiering, men der skal fortsat være et stærkt incitament til at producere sundhedsydelser omkostningseffektiv.

For at en afregningsmodel kan karakteriseres som værdibaseret i denne forstand skal den dermed give incitament til både at højne kvalitet, sammenhæng og omkostningseffektivitet. Kvalitet defineres i den værdibaserede tanke som effekt af behandling og ikke blot som procesmål, som sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorer og ikke kun på tværs af afdelinger på et hospital og omkostnings-effektivitet refererer til omkostningsminimering og ikke ydelsesminimering.

Et mål for overholdelse af behandlings- og udredningsretten er dermed ikke i sig selv værdibaseret, men kan være det i kombination med andre indikatorer. Ligesom generelle meraktivitetspuljer ikke nødvendigvis skaber mere værdi for patienterne, men kan være et stærkt instrument til at øge aktiviteten på områder med flaskehalse.

### *1.2 Modelindretning*

I udviklingen af afregningsmodeller er der behov for principper, der både bygger på evidens og teoretiske overvejelser om, hvorfor incitament virker, samt er tilpasset den organisatoriske kontekst. Det er essentielt, at der udvikles modeller, der bygger på generelt accepterede data, hvor der er sikret gennemskuelighed på alle niveauer, og hvor det, der belønnes giver mening i den kliniske hverdag.

Sammenhængen mellem det, der styres efter og det, der belønnes skal være tydelig, og det skal være styrbart i klinikken. Der skal derfor ikke ”sættes penge” på indikatorer, der ikke er styrbare – det vil sige, ikke har en effekt på sundhedstilstanden, eller kan påvirkes af udefrakommende faktorer, der ikke kan korrigeres for. Det skal således sikres, at klinikken har en reel mulighed for at påvirke udfaldet via handlinger eller ved at tilskynde til forskning. Samtidig skal det sikres at der ikke er mulighed for selektion af den ene eller anden form, så kontraproduktiv adfærd eller suboptimering ikke opstår.

Årsagssammenhænge skal kunne udledes, og for at hospitaler og afdelinger kan agere på det og gøre det bedre, skal adgang til klinisknære data om målopfyldelse være tilgængelige.

Uanset, hvor omhyggelig man er med at få udviklet en model, skal det dog erindres, at ingen modeller er perfekte, men skal understøttes ledelsesmæssigt. Dertil kommer det nødvendige i, at der er en generel opbakning til den valgte model på alle niveauer fulgt op af klare ledelsesmæssige udmeldinger, der forholder sig til, hvad der skal ske på længere sigt i forhold til budgetsikkerhed og råderet over de ressourcer, der formentlig frigives. Det er også vigtigt at bemærke, at der ved større aggregeringsniveau pålægges afregningsmodtageren en risiko. Finansiell risiko vil være hensigtsmæssigt for at øge presset for at skabe incitament til at sænke omkostningerne, men for stort finansiell risiko vil føre til u hensigtsmæssig adfærd – sænker kvalitet, skubber patienter andre steder hen osv.

I nedenstående boks 1 opsummeres rammen inden for hvilken en afregningsmodel, der understøtter værdibaseret styring bør udformes.

Boks 1 Rammen for udvikling af afregningsmodeller, der understøtter værdibaseret styring

<p><b><i>Den sundhedspolitiske målsætning – Styring efter værdi for patienten</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Fokus på kvalitet og effekt</li><li>• Sammenhængende patientforløb på hospitalet, mellem hospitaler og mellem sektorer</li><li>• Omkostningseffektivitet</li></ul> <p><b><i>Principper for modelindretning</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Afregningsmekanismer skal være gennemskuelige</li><li>• Forbedringer belønnes</li><li>• Styrbart for det kliniske personale – det må ikke føre til kontraproduktivitet</li><li>• Løbende og klinisk meningsfuld opfølgning</li><li>• Opmærksomhed på alle patientgrupper, så selektion opdages</li><li>• Synlige og valide data (baseline og evaluering)</li><li>• Klar definition af prospektive regler for risiko- og overskudsdeling</li></ul>
--

## 2. Beskrivelse af afregningsmodeller

Der er fire dominerende afregningsformer, som traditionelt enten anvendes som enkeltstående afregningsmodeller eller i kombination; Fee-for-service (pris per ydelse), takststyring (DRG), capitation og rammebudget, hvor graden af ”bundling” (samling af flere ydelser til en pris) siges at være stigende med type.

Fee-for-service giver ikke i sig selv incitament til at tænke i effektive patientforløb, da der afregnes for enkeltstående hændelser, mens rammebudgetter giver incitament til koordinering og tilrettelæggelse af forløb, dog ikke nødvendigvis ud fra en tanke om omkostningseffektivitet. Ved både Fee-for-service og takststyring (DRG) er der incitament til at producere flere takstbærende ydelser, mens det omvendte incitament er gældende ved rammebudget og capitation. Fee-for-service og capitation i kombination anvendes som hovedregel i primærsektoren, mens takststyring (DRG) og rammebudgetter i kombination anvendes i hospitalssektoren.

I udviklingen og implementeringen af de traditionelle modeller har man søgt at finde modeller, der kan anvendes på hele organisatoriske områder. ”Bundled payment” sigter mod afregningen for hele behandlingsforløb og kan dermed også være på tværs af udbydere, differentieret efter behandlingens og sygdommes karakter.

Der skelnes ved bundled payment mellem afregning for forløb enten per episode eller per periode. Sygdommes karakter er afgørende for, hvordan forløb defineres og en egentlig afregning kan indrettes.<sup>1</sup> Med bundled payment gives der incitament til både koordination og optimering af patientforløb i form af færre ydelser<sup>2</sup> samtidig med, at der gives incitament til at producere mere – nu takstbærende forløb i stedet for takstbærende ydelser.

Fælles for ovenstående modeller er, at ingen har indbyggede incitamenter til at fremme kvalitet eller omkostningseffektivitet. De fokuserer alene på at fremme merproduktion på tværs af sektorer inden for den budgetmæssige ramme. I de senere år har fokus ændret sig som følge af den epidemiologiske og demografiske udvikling samt et øget udgiftspres. Flere lande er begyndt at eksperimentere med afregningsmodeller, der i større eller mindre grad giver et økonomisk incitament til kvalitetsoptimering og til at producere omkostningseffektivt. Herunder lande som Sverige (Sveus), Norge (Kvalitets-baseret finansiering KBF), England (Clinical Commissioning Groups, CCG) og USA (Accountable Care Organizations, ACO).

---

<sup>1</sup> Forløbsbaseret DRG fra 2018 bygger delvist på denne tanke, hvor opdelingen mellem ambulante og stationære ophæves og de enkeltstående ydelser grupperes for en samlet episode.

<sup>2</sup> Teknisk efficiens (ydelsesminimering) frem for produktiv efficiens (omkostningsminimering)

OECD <sup>3</sup> har kortlagt erfaringer med disse nye typer af afregningsmodeller, der tager udgangspunkt i de klassiske modeltilgange videreudviklet med tilknyttede kvalitets-, service- og outcomemål og nye former for budget- og overskudsdeling.

OECD kategoriserer modellerne i tre overordnede typer:

- **Tillægsafregning /Kvalitetsafregning/P4P (Add-on payments )**  
Afregning i kombination med eksisterende afregningsmetode, primært fee-for-service og rammebudget, knyttet til specifikke forventninger til behandlingsudbyderen. Disse tillægsafregninger bruges til at fremme koordinering af forløb og forbedre kvalitet.
- **Forløbsafregning med opfølgning på outcome (Bundled payments)**  
Afregning for episoder eller forløb, der sigter mod at forbedre behandlingskvalitet og reducere omkostningerne.
- **Populationsbaseret betaling (Population based payments)**  
Afregning for en defineret population med krav til opfyldelse af outcome- eller kvalitetsmål.

#### *Tillægsafregning/Kvalitetsafregning/P4P (pay for performance)*

Tillægsafregning/Kvalitetsafregning/P4P anvendes som supplement til allerede eksisterende afregningsmodeller som eksempelvis rammestyring, DRG-takststyring eller fee-for-service. Ifølge OECD anvendes den ofte til at fremme koordinering eller til at fremme forskellige kvalitetsmål. Der er dog også steder, hvor den er introduceret ud fra et effektiviseringsperspektiv for at give incitament til fx at anvende generisk medicin. Typisk er grundmodellen enten rammestyring eller populationsbaseret afregning suppleret med P4P som add on.

P4P anvendes inden for flere typer af behandlingsområder for at skabe incitament til mere koordinering og sammenhæng på tværs af sektorer samt opnåelse af mål for klinisk kvalitet, patienttilfredshed og patientrapporterede outcome.

P4P-modellerne er primært blevet introduceret i primærsektoren, og ofte er det målrettet specifikke kroniske sygdomsområder som fx diabetes, men de er også introduceret i sygehussektoren blandt andet i Norge.

Den store udbredelse af tillægsafregning skyldes givetvis, at der i forhold til mange andre modeller ikke nødvendigvis behøver ændringer i den eksisterende model. Den bygger så at sige oven på det eksisterende, og anvendes som et supplement, der skal fremme områder som koordinering og kvalitet som den oprindelige model ikke skaber incitament til. Særligt P4P-modeller anvendes i OECD-landene, men

---

<sup>3</sup> OECD (2016), Better Ways to Pay for Health Care

effekten er svær at udlede, dels fordi introduktionen af dem oftest er sket samtidig med større reformer, og dels fordi incitamentet i grundmodellen er dominerende og den ønskede effekt af P4P som add on udebliver.

Anvendelse af P4P til opnåelse af en højere sundhedstilstand (effekt) afhænger af den viden man har om, hvad der skal til for at opnå en bedre sundhedstilstand. Har både betaler og behandler denne viden, kan den optimale medicinske praksis (i teorien) implementeres ved håndhævelse af kliniske retningslinjer og afregnes ved fee-for-service eller DRG. Hvis det derimod kun er behandleren, der har viden om, hvordan sundhedstilstanden påvirkes, kan betaler i højere grad vælge at belønne outcome frem for antallet af ydelser. Dette vil tilskynde behandlerne til at optimere kvalitet frem for aktivitet. Er der derimod tale om, at begge parter har en meget lille sikker forståelse af, hvad der påvirker sundhedstilstande, så vil afregning efter outcome-mål pålægge behandleren en inoptimal finansiel risiko, og P4P siges at have en negativ effekt<sup>4</sup>. Skal P4P have effekt, skal der derfor være viden om, hvordan sundhedstilstanden fremmes, og det skal være målbart.

#### *Forløbsafregning (bundled payment) med opfølgning på outcome*

Ved forløbsafregning (bundled payment) er sundhedsydelser grupperet i forløb. Hensigten er at sikre incitamentet, der over et samlet forløb kan reducere udgifter og/eller fremme kvaliteten. Fx kan forebyggelige genindlæggelser og komplikationer være indeholdt i den samlede betaling, og dermed øges incitamentet til at undgå genindlæggelser/komplikationer. Metoden anvendes typisk som episodeafregning ved behandling af ikke-kroniske sygdomme og som periodeafregning for kroniske tilstande som fx diabetes.

Forløbsafregning i forskellige afskygninger er udbredte i OECD blandt andet i USA, England Portugal, Holland og Sverige. Den seneste udvikling er takstfastsættelse af forløbet ud fra kliniske retningslinjer frem for beregning af de gennemsnitlige udgifter ved et forløb. Typisk udvælges områder med høj prævalens så som diabetes eller, hvor behandlingen er meget omkostningstung som fx parkinson.

Evaluering af effekten af forløbsafregning viser, at der inden for nogle behandlingsområder opnås bedre resultater end for andre. På det ikke-kroniske område er der set et fald i forebyggelige indlæggelser, komplikationer og mortalitet ved hofte-knæ og bypass forløb, mens dette ikke er tilfældet for apopleksi. Bedre outcome og patienttilfredshed har vist sig inden for det kroniske område som parkinson og diabetes. Også med hensyn til omkostninger har flere initiativer vist

---

<sup>4</sup> Nicholson et al. 2008, Getting Real Performance Out of Pay-for-Performance, The Milbank Quarterly & Mickael Bech 2015, oplæg DRG-konference 2015.



en reduktion i omkostningsniveauet primært som følge af færre genindlæggelser og kortere indlæggelsestider.

### *Populationsbaseret afregning*

I den populationsbaserede tilgang betales en samlet sum for at varetage behandling for en defineret population (populationsansvar). De nyeste tiltag inden for denne modeltype er overskudsdeling (shared savings) mellem det, der kaldes Accountable Care Organisations (ACO). ACOer er en gruppe af behandlere, der er fælles om at varetage (hele eller dele af) populationens behandlingsbehov. Behandlerne skal opfylde en række outcome og kvalitetsmål for at få del i et eventuelt overskud. Erfaringer fra denne type af modeller viser, at udgifterne reduceres, mens kvaliteten de fleste steder er blevet bedre. Dette skyldes det stærke incitament i modellerne til at reducere spild og visitere patienterne hen, hvor det giver mest værdi målt ved outcome i forhold til udgift.

Selvom populationsbaseret afregning i teorien tager tanken om ”bundling” videre end forløbsafregning, er der sjældent tale om et fælles budget. Den samlede udgift på tværs af behandlere for populationen estimeres, mens hver enkelt udbyder får en fee-for-service-lignende afregning. Den budgetterede ”forløbspris” sammenholdes med det faktisk forbrugte og et eventuelt overskud fordeles mellem behandlerne givet, at de fastsatte outcome eller kvalitetsmål er opnået. Tanken er, at det vil give incitament til at ”visitere” patienterne hen, hvor behandlingen kan gøres mest omkostningseffektivt. Det kræver dog, at overskuddet er af en størrelse, der står mål med den ”mistede” indtægt ved at visitere videre, at der ved aftalens indgåelse er lavet en plan for det forventede ”afkast” x- antal år ud i fremtiden, og at data er tilgængeligt for alle parter og at der ikke er mulighed for at re-kode patienter til andre grupper.

### *2.1 Opsummering af afregningsmodeller*

I nedenstående figur 2.1.1 er en samlet oversigt over de forskellige afregningsmodeller, der er gennemgået, hvor graden af ”bundling” er stigende fra højre mod venstre. Figurens midterste element viser ved farvemarkeringer modellernes grundlæggende incitament. Den nederste del af figuren indikerer at alle modellerne i princippet kan kombineres med afregning for outcome, så som forebyggelige genindlæggelser eller procesmål, som overholdelse af udredningsret. Modellerne kan også kombineres med en form for overskuddeling på tværs af udbydere eller som en straf/bøde for manglende målopfyldelse.

Figur 2.1.1 Oversigt over afregningsmodeller og tilhørende incitament

	Fixed payment			Variable payment	
Basis	Period of time	Population	Activity		
Mechanism	Block funding	Capitation (inc. weighted)	Episode / bundled DRG	DRG	Fee-for-service
Impact on...					
Increased activity	Red	Yellow	Green	Green	Green
Cost control	Green	Green	Green	Yellow	Red
Primary prevention	Yellow	Yellow	Red	Red	Red
Secondary prevention	Yellow	Green	Green	Yellow	Red
Care pathway coordination	Red	Green	Green	Yellow	Red

All options can be overlaid with performance incentives, e.g. Pay for Value (P4V) or Pay for Performance (P4P)

SOURCE: Adapted from WHO 2000, Charlesworth 2012, Busse 2011

McKinsey & Company 9

Kilde: McKinsey & Company (2016), Healthcare reimbursement work in practice – Discussion document, Danish Regions 23 August 2016.

Fee-for-service og DRG-afregning kan betragtes som aktivitets- eller ydelsesafregning i sin rå form, der tilskynder til produktion af sundhedsydelser. Forløbsafregning har også en art aktivitetsafregning over sig – aktiviteten er dog mere som pakker, hvor fx perioden før og efter operation også er inkluderet i taksten. Dette for at tilskynde til ydelsesreduktion.

Forløbsafregning per periode vil også tilskynde til procesoptimering, men da der ofte er tale om på hinanden følgende perioder tangere det populationsafregning/capitation - ligesom Populationsafregning for specifikke befolkningsgrupper også kan betragtes som en form forløbsafregning.

Rammefinansiering sikrer udgiftskontrol, men tilskynder hverken til at øge aktiviteten eller til omkostningseffektivitet. Rammefinansiering understøttes dog i Danmark i praksis typisk af patientrettigheder som udredning- og behandlingsretten, så der alligevel tilskyndes til høj produktion inden for en given ramme, hvilket indebærer en form for populationsansvar. Alle typer af afregningsmodeller kan kombineres med P4P og/eller overskudsdeling.

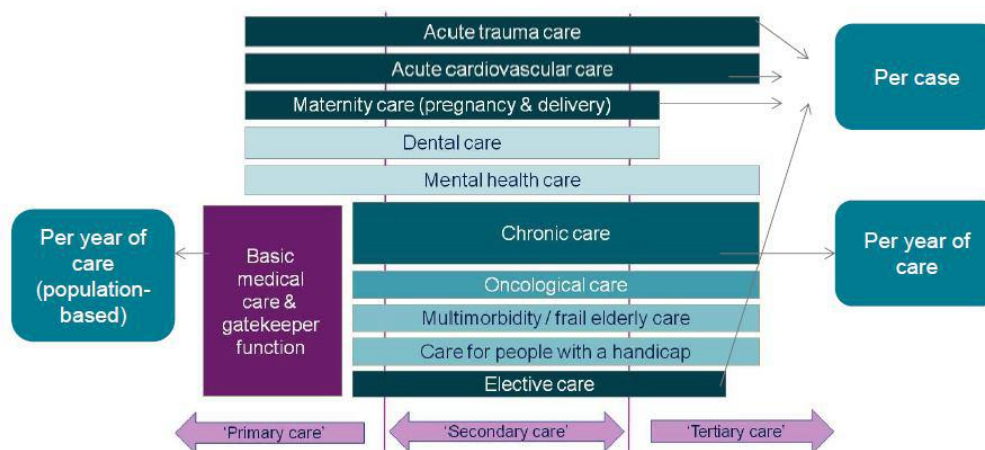
Uanset valg af model er det dog vigtigt igen at understrege, at modellen ikke kan stå alene uden en ledelsesmæssig kontekst, generel opbakning til modellen samt

udmeldinger, der forholder sig til, hvad der skal ske på længere sigt i forhold til budgetsikkerhed og råderet over de ressourcer, der formentlig frigives.

### 3. Afregningsmodeller ved forskellige behandlingsforløb

Værdibaseret styring skal ifølge Porter understøttes af afregning for det samlede forløb, men som ovenstående gennemgang indikerer, kan forløb defineres på flere forskellige måder afhængig af, hvordan afregningsmodellen sammensættes og udvikles, den organisatoriske kontekst og adgang til data. Der er derfor ikke mulig at give et klart bud på én afregningsmodel, der understøtter værdibaseret styring.

KPMG styringsmodel anvendt i Incitamentsudvalgets rapport fra 2013 definerer tværsektorielle forløb ud fra behandlingsområde vist i nedenstående figur. Der sondres i denne nuancerede model mellem forskellige typer af behandlingsforløb, hvortil der kan kobles forskellige former for afregning. Fx kan der anvendes aktivitets-finansiering af dele af det akutte og planlagte område, mens der anvendes en fast afregning pr. år for borgere med kronisk sygdom.



Kilde: Contracting Value, KPMG International, 2012. Anvendt i Incitaments udvalgets rapport, maj 2013.

I nærværende afsnit tages der udgangspunkt i denne ”Behandlingsdifferentierede forløbsafregningsmodel” i en nærmere beskrivelse af mulige afregningsmodeller inden for forskellige behandlingsområder og – typer. Behandling af patienter med kroniske sygdomme, Elektiv behandling, Behandling ved akutte funktioner og Behandling i højt specialiseret regi.

I Porters Værdibaseret styring er der fokus på organisering af behandlingen i integrerede enheder, hvor afregning er knyttet til forløb. KPMGs model har også dette fokus, men udgangspunktet er tværsektorielt samarbejde og en afregning, der går på tværs af sektorer. Fælles for de behandlingsområder, der gennemgås i nedenstående er, at en stor andel af patientforløbene går på tværs af sektorer, da patienter i stigende grad behandles både på hospitaler, i praksissektoren og i kommunerne. Udviklingen af afregningsmodeller, der understøtter værdibaseret

styring kan derfor ikke ses isoleret i hospitalsvæsenet, men skal favne hele patientens forløb i en eller anden forstand. Dette er en udfordring på alle områder, som nedenstående gennemgang vil vise. På trods af de vanskeligheder, der vil være er det vigtigt, at det sammenhængende patientforløb er et prioriteret indsatsområde i udviklingen af de forskellige modeller.

### 3.1. Afregningsmodeller for patienter med kroniske sygdomme

*Samlet peges der på udvikling af populationsbaserede afregningsmodel med afsæt i tværsektorløsninger, kombineret med P4P-elementer. Alternativt; udvikling af forløbsmodeller eller rammefinansieringsmodel tilknyttet P4P-elementer.*

Kronisk sygdom defineres som sygdom, der har et langt forløb, eller sygdom der er konstant tilbagevendende. I dag lever ca. en tredjedel af befolkningen med en eller flere kroniske sygdomme. Det er således ikke usædvanligt, at denne type patienter lider af flere samtidige sygdomme (komorbiditet), hvilket øger områdets kompleksitet.

Det er mange forskellige kroniske sygdomme, og behandlingen af og kontrollen af disse er afhængig af flere forhold.

Patienter med kroniske sygdomme vil typisk modtage medicinsk behandling og er i livslange kontrolforløb, med det formål at regulere behandlingen så patienten får det bedste resultat.

*Aktuelle udfordringer på området i forhold til de sundhedspolitiske målsætninger om kvalitet, sammenhæng og omkostningseffektivitet.*

Behandlingen af kronikerpatienter foregår i dag ikke nødvendigvis på det laveste effektive omsorgsniveau. Derudover er der variation i den behandling, patienterne modtager både på hospitalerne og i primærsektoren. Der er dermed potentiale for at højne kvaliteten nogle steder, mens det andre steder kan give mening at skære ned på aktiviteten.

Udfordringer der kan have relevans for en mulig afregningsmodel inkluderer patientgruppens heterogenitet, det tværsektorielle samarbejde, kapacitetsrestriktioner herunder lægemangel, behandlingsforløbenes længde og patienternes evne til egenomsorg.

Det er ofte en lægefaglig vurdering, der afgør om kontrollerne skal foregå i privatpraksis, specialpraksis eller i ambulans regi ved et sygehus. Vurderingen baseres på sygdommens karakter, compliance, patientens ønsker og de muligheder, den lokale organisering giver.

Behandlingsforløbenes længde (livslang behandling) kombineret med volumen (voksende antal patienter med kronisk sygdom), medfører kapacitetsmæssige udfordringer.

*Beskrivelse af en eller flere afregningsmodeller, som primært anbefales for området herunder fordele og ulemper.*

Populationsbestemt finansiering anbefales primært. Afregningsmodellen betyder, at fx et hospital eller en praktiserende læge (behandleren) får et budget baseret på antal patienter sammenstillet med sociodemografiske forhold som fx alder, arbejdsmarkedstilknytning m.m. Behandleren har ansvaret for at passe sit optageområde forstået sådan, at patienterne skal modtage den nødvendige behandling. Finansieringen er ikke aktivitetsafhængig. Det vil sige, at behandleren ikke får flere eller færre penge alt efter, hvor meget behandling patienterne modtager. Til gengæld kan der i modellen tilknyttes resultatkrav for at sikre, at opgave og udgift ikke skubbes videre til andre aktører. Ved samfinansiering på tværs af aktører reduceres denne problematik.

Populationsbaseret finansiering anbefales, fordi afregningsmodellen skal tilskynde til, at patienterne har færrest mulige kontakter i både primær- og sekundærsektoren. I stedet skal patienterne gøres i stand til at leve med den kroniske sygdom og motiveres til at lave forebyggende handlinger og aktiviteter, som gør, at patienten undgår at skulle enten til praktiserende læge eller på hospitalet.

Populationsbaseret finansiering kræver, at der findes gode data til at afdække patientsammensætning i relation til de sociodemografiske indikatorer. Derudover skal hver behandler kende sin population helt præcist for at kunne varetage et populationsansvar.

Som supplement til populationsansvar anbefales det at overveje en delt finansieringsmodel (Shared savings) mellem hospitalssektoren, de praktiserende læger og kommunerne. Delt finansiering er en afregningsmetode, der har som formål at skabe incitament til at nedbringe udgifterne til behandling ved at koble udbydere fra primær og sekundær sektor i en ACO (Accountable Care Organisation) der går sammen om behandlingen. Afregningen søges knyttet til behandlingens udførelse, og behandlingen ses som ét forløb. Metoden nævnes hyppigst i forbindelse med øget brug af video- og telemedicin og kan ses som særlig relevant i forhold til kroniske patienter, der netop går på tværs af sektorer.

Delt finansiering skal tilskynde til, at de tre aktører samarbejder om den enkelte patient og i samarbejde sørger for, at patientbehandlingen foregår på det laveste effektive omsorgsniveau samtidig med, at behandlingen har en tilfredsstillende kvalitet. Herunder foreslås det at flytte aktivitet fra hospitaler til praksissektoren, hvor afregningen flytter med. Dette for at sikre, at behandlingen foregår på lavest effektive omsorgsniveau.

En anden mulig model er forløbsbaseret finansiering. Denne model kræver, at man definerer patientforløbet inden for en række sygdomsgrupper og subgrupper.

Man kunne også overveje rammebudget på området, men fordi kronikerområdet er kendetegnet ved i høj grad at være bestemt af sociodemografiske forhold som fx alder, uddannelsesniveau, indkomst m.m., er populations- eller forløbsbaseret afregning at foretrække, fordi disse modeller netop tager højde for forskellig befolkningssammensætning i forskellige, geografiske områder

Det kan være relevant at overveje, hvorvidt det giver mening at koble effekt- og kvalitetsmål sammen med afregning. En tillægsmodel kan muliggøre yderligere styring ved at skabe incitament til ændret adfærd. Til eksempel forbedring af behandlingskvaliteten, den patientoplevede kvalitet/resultat (outcome) samt behandlingens nytteeffektivitet (efficiency). Dette kræver, at der opnås enighed om, hvilken kvalitet i henholdsvis primær- og sekundærsektor, der ønskes – og at dette kan måles validt (dvs. ikke proxymålinger) og systematisk. Derudover giver dette kun mening, hvis begge sektorer kan påvirke de effekter og den kvalitet, afregningen kobles til. Hvis de ønskede effekt- og kvalitetsmål afhænger af patientens egen adfærd i det daglige, kan incitamenterne i fx en P4P-model blive udvandede og dermed få ringe eller ingen effekt.

P4P kan udmøntes som henholdsvis en bonus for at opnå et givent mål eller en straf for manglende målopfyldelse (honorere resultater). Udviklingen af indikatorer for målopfyldelsen er afgørende for, om ordningen vil fungere efter hensigten. Indikatorer kan have både klinisk- og patientoplevet (PRO) karakter, og skal indfange kerneydelsen uden at etablere en meget omstændelig og kompleks dataindsamling og målemetode.

### **3.2. Afregningsmodeller for elektiv behandling (ortopædkirurgi)**

*Samlet peges på udvikling af afregningsmodeller med forløbsafregning kombineret med differentierede dækningsgrader (for at mindske risikoen for indikationsskred) og P4P-elementer, som bonus eller straf (for at fremme fokus på outcome/effekt).*

Det elektive ortopædkirurgiske område består primært af patienter, som har behov for engangsydelser i form af en eller flere operationer, med henblik på at lindre smerter og øge funktionaliteten i bevægeapparatet.

Graden af ydelsen og behovet for efterfølgende andre ydelser i både region og kommune varierer imidlertid væsentlig, afhængigt af patientens risikofaktorer og generelle sundhedstilstand. Dog er det gældende, at langt de fleste elektive kirurgiske patienter har et forløb, som er tidsafgrænset.

Elektiv ortopædkirurgi kan klassificeres efter bevægeapparatet, og består primært af skulder, ryg, knæ, hofte, fod og hånd operationer. Nogle af de typiske operationer er knæ- og hoftealloplastikker.

Efterspørgslen på knæ- og hoftealloplastikker er støt stigende, hvilket blandt andet tilskrives forhold som flere ældre (artrose), flere overvægtige og flere ekstrem-sportsudøvere med slid.

Den stigende efterspørgsel betyder også, at den elektive ortopædkirurgi udgør en stor andel af produktionen hos privathospitaler.

*Beskrivelse af aktuelle udfordringer på området i forhold til de sundhedspolitiske målsætninger om kvalitet, sammenhæng og omkostningseffektivitet.*

Presset på hospitalerne i forhold til knæ- og hoftealloplastikker er som tidligere beskrevet stigende, og det betyder, at der på mange hospitaler investeres i øget kapacitet og ressourcer for at overholde gældende udrednings- og behandlingsgarantier (pr 1. oktober 2016).

Behandlingsretten kan medføre, at flere patienter får mulighed for at vælge den primære operation på et privathospital, hvilket finansieres af regionerne. Såfremt den primære operation resulterer i en infektion eller en revision, har privathospitalerne aktuelt mulighed for enten at foretage revisionen selv, eller omkostningsfrit at henvise patienten tilbage det offentlige.

Samtidigt har studier, særligt indenfor skulder- og knæalloplastikker dokumenteret, at andre, mindre invasive, metoder kan have en bedre effekt end operation på visse patienter.



Specifikt for hospitalerne er incitamentet til at operere dog større end incitamentet til at henvise til optræning. Dette skyldes blandt andet, at operationerne udgør en betydelig del af DRG-produktionen. Samtidig opleves det også af personalet, at nogle patienter har en forventning til, at en operation er et "Quick fix". Det betyder, at der kan være tilskyndelser til at operere patienter, der kunne have opnået bedre behandlingsresultater ved anden intervention end operation.

En anden udfordring, som i høj grad opstår på mellem praktiserende læge og hospitaler inden for elektiv ortopædkirurgi, er mængden af henvisninger, hvor patienten ikke er kandidat til operation. Eksempelvis er hit-rate for Region Nordjylland på total hofte- og knæalloplastikker henholdsvis 66 %, og = 30%. De resterende henvisninger er enten resulteret i en delprotese, er fejlhenvist eller bør indgå i et træningsforløb.

Kombineres denne problemstilling med ovenstående incitament til at operere flere, samt patienternes forventning, øges sandsynligheden for, at patienter, som ville have haft gavn træning eller anden behandling, indstilles til operation.

*Beskrivelse af en eller flere afregningsmodeller, som primært anbefales for området herunder fordele og ulemper.*

#### Forløbsprismodel

Inden for den elektive kirurgi er der primært tale om tidsbegrænsede ydelser med henholdsvis før- og efterforløb, som også er tidsbegrænset. Derfor vil en differentieret forløbsafregning give mening. En differentieret forløbsafregning vil skulle udregnes med udgangspunkt i risikoprofiler.

Forløbsprisen kombineres med en prædiktionsmodel, som viser hvor mange ambulante besøg og kontroller det er forventet, at patienten vil modtage beregnet på signifikante risikofaktorer.

#### Mulige indikationsskred

For at begrænse aktivitetsincitamentet, samt minimere risikoen for indikationsskred er det relevant at diskutere dækningsgrader mellem takster og omkostninger knyttet til forskellige forløb eller dele heraf. Dette er væsentligt for at undgå, at der blot sker en forskydning fra, at takster og bevillinger er forbundet til operationsaktiviteten til, at takster og bevillinger i stedet knyttes til forløb indeholdende operation.

Det skal med andre ord sikres at økonomiincitamentet ikke tilsiger operation frem for konservativ behandling. Dette dog i en balance, hvor der er på den anden side

også er bevillingsmæssig dækning for kliniske beslutninger, der indebærer operation.

Det kan på den baggrund overvejes at skrue på dækningsgraderne knyttet til forskellige forløb. Eksempelvis bør forløbstaksten indeholdende operation have en lav dækningsgrad ved at tage udgangspunkt i gennemsnitlige omkostninger og vurderinger af knækgrænser målrettet moment omkring marginale merudgifter. Tilsvarende kan forløbstakster indeholdende konservativ behandling have lidt bedre dækningsgrader – fortsat i kombination med vurdering af knæk og marginale merudgifter – om end udgiftsrisikoen er mere begrænset grundet de antageligt meget lavere forløbs-takster, der gør sig gældende ved træning og forebyggelse.

Forudsætningen for tænkningen omkring dækningsgrader er imidlertid, at der er fuld gennemskuelighed vedrørende eksisterende omkostningsniveauer således, at alternativomkostninger er kendte for omkostningsudløsende beslutningstager.

En forløbstakst skaber dog alene incitament til ikke at levere flere ydelser end nødvendigt, og kan end dog skabe incitament til at skære ydelser fra, som kan være nødvendige. Dette vil skulle løses med en P4P-pulje.

### Pay for Performance

En P4P-pulje kan anvendes flere steder, fx vil den kunne anvendes på sygehuset, hvor patientens outcome af en operation forudsiges via prædiktionsmodellen. Efter ét år svarer patienten på opfølgende PRO-spørgsmål, fx smerte eller livskvalitet, og dermed udløses en ekstra bonus, hvis patienten scorer bedre end det forventede niveau. Eventuelt vil der også kunne indføres en straf, hvis patienten scorer lavere end det forventede niveau.

En variant af P4P, som også giver incitament til at sikre en høj kvalitet, er den såkaldte garantibetaling som kan indregnes i forløbsprisen til at dække et forventet (lavt) antal komplikationer. Aktiviteter, som kan henføres til forebyggelige komplikationer udløser herefter ikke betaling men anses for dækket ind af forløbsprisen. Forløbsafregning kan foregå på individniveau eller på gruppeniveau.

På gruppeniveau vil det betyde, at fire subgrupper indenfor hoftealloplastikker, vil udløse fire forskellige takster. Dette sammenholdes med det forventede outcome i forhold til fx smerte eller livskvalitet. Ud fra case-mixet vil afdelingen blive aflønnet, men samtidig skaber det også mulighed for at kunne lave en form for P4P-pulje, hvor afdelingen fx opnår en bonus, hvis afdelingens patienter generelt scorer bedre på livskvalitet eller smerte end forventet, på baggrund af deres risiko-profil.

På de enkelte patienter vil der også være et økonomisk incitament til at arbejde med kvaliteten, baseret på, hvilke komplikationer patienten er i risiko for at få. Reduceres fx antallet af blodpropper eller antallet af hospitalserhvervede infektioner, vil afdelingen generere et overskud.

En anden mulighed på sigt, er at lave en P4P-pulje til praktiserende læger, som går på, om lægen henviste patienten rigtig. Hvis patienten blev henvist til genoptræning, og denne fik et godt resultat ét år efter, så får den praktiserende læge en bonus.

### 3.3. Afregningsmodeller for akutte funktioner

*Samlet peges på udvikling af afregningsmodeller baseret på rammefinansiering, kombineret med P4P-elementer for at fremme effektivitet og fokus på, at FAM'en leverer på centrale mål ift. patienthåndtering. Kombineret med økonomiske incitamenter for de aktører, der påvirker tilgangen (kommuner og alement praktiserende læger)for at motivere til god adfærd og samarbejde.*

De akutte funktioner er, som navnet tilsiger, er karakteriseret ved, at patienterne kommer ind akut, det vil sige, at det er ikke-planlagt aktivitet. De akutte patienter kommer typisk ind i en fælles akutmodtagelse FAM, der tager imod patienter på tværs af specialer. Der er således typisk speciallæger fra de væsentligste hovedspecialer tilknyttet FAM'en, eller der kan tilkaldes speciallæger.

Idéen med FAM'en er at sikre en hurtig udredning af patienten med henblik på enten at kunne håndtere patienten umiddelbart i FAM'en eller at kunne sende patienten videre til indlæggelse i relevante speciale. Målet med FAM'erne har været at sikre, at patienterne hurtigt tilses af læger med relevante kompetenceniveau og gennemgår en hurtig udredning, så behandling kan iværksættes og patienten hurtigst muligt kan sendes videre til relevant behandling eller sendes hjem igen.

FAM'erne står i den nye sygehusstruktur som et helt centralt knudepunkt for håndtering og visitering af patienterne til indlæggelse eller hjemsendelse mv. Det er derfor centralt, at målene for FAM'erne er klare, og at incitamenterne klart understøtter disse mål.

*Beskrivelse af aktuelle udfordringer på området i forhold til de sundhedspolitiske målsætninger om kvalitet, sammenhæng og omkostningseffektivitet.*

Der er forskel i den måde regionerne og hospitalerne har organiseret den Fælles akutmodtagelse og anvendelsen af den. På nogle hospitaler er der tale om ambulatorier med korte kontakter, hvor kontakter med en vis tyngde viderevisiteres til de relevante afdelinger. Andre steder er der tale om kombinationer af ambulante kontakter og korte indlæggelser, hvor FAM'en har normerede senge.

Der er således også forskel i registreringspraksis på FAM'erne. Nogle steder registreres alle patienter i første omgang som akut ambulante for efterfølgende at blive registreret som indlagte, såfremt de indlægges. Andre steder registreres alle patienter i udgangspunktet som akut indlagte.

Der er også forskel på, hvordan organiseringen rent registreringsmæssigt håndteres. Nogle steder er der oprettet en sks-kode (Sygehus-afdelings-kode) for FAM'en,

hvor patienterne der fysisk er i FAM'en registreres på. Andre steder er der ikke en fælles sks-kode for FAM'en, men her registreres patienten under sks-koden for det relevante speciale, selvom patienten rent fysisk opholder sig i FAM'en. Det betyder, at man i eSundhed data ikke umiddelbart kan adskille FAM patienter fra øvrige patienter.

På akutte funktioner er det i mindre grad end for elektive funktioner muligt med præcis aktivitetsplanlægning. Selvom der kan være mønstre i, hvornår patienterne typisk dukker op, vil der hen over et tidsinterval være store udsving i aktivitetspresset på afdelingen. Bemandingen på en akut afdeling vil således tage udgangspunkt i et vagtberedskab, der skal stå til rådighed til at håndtere de patienter, der måtte komme. Der er altså ikke bemanding ud fra en planlagt aktivitet med en planlagt ressourceindsats.

Typisk er plejepersonalet ansat på FAM'en og aflønnet af budget til FAM'en. For lægernes vedkommende vil der derimod ofte være tale om, at lægerne er ansat og aflønnet under den specialafdeling, de tilhører.

Valg af afregningsmodel i forhold til FAM kan være påvirket af den organisering, man har omkring personalet, og den organisering der er omkring registreringen af aktivitet. Det har betydning, om FAM'en er en selvstændig afdeling ikke bare fysisk men også organisatorisk i forhold til ansættelsesforhold og i forhold til registrering af aktiviteten, eller om FAM'en kun er en selvstændig afdeling rent fysisk, mens personalet aflønnes under de enkelte stamafdelinger, og aktiviteten registreres under de enkelte stamafdelinger.

Disse forhold kan være afgørende for om det er muligt at lave afregningsmodeller for FAM'en der adskiller sig fra øvrige afregningsmodeller for de kliniske stamafdelinger.

*Beskrivelse af en eller flere afregningsmodeller, som primært anbefales for området herunder fordele og ulemper.*

Det forhold, at aktiviteten på FAM'en er akut og dermed ikke kan planlægges som ved elektive funktioner, giver en række udfordringer i forhold til en afregningsmodel baseret på aktivitetsafregning uanset om det er Fee for Service, DRG eller forløbspris model. Der kan være store udsving i aktiviteten og værdien af denne. Ligeledes gør omlægningen i patientforløb fra stationær til ambulante behandling og/eller registrering samt hensynet til at tilbagevise grundløse henvisninger/fremmøder det ikke ideelt at bruge DRG-værdi som indikator for ressourcetrækket på afdelingen.

Rammebudgettering vil derfor være en mere hensigtsmæssig afregningsmodel for en akut modtage afdeling, idet man herved definerer, hvilket ressourceforbrug og dermed kapacitet man stiller til rådighed i forhold til modtagelse af akutte patienter. Da der er tale om akutte patienter, er der også tale om patienter, der ikke kan søge andre steder hen, dvs. afdelingen skal tage sig af hele den givne population uanset det aktivitetspres, der aktuelt måtte være.

En problemstilling ved rammestyring af FAM'en kan være, at der er risiko for at man justerer presset på afdelingen ved at sende patienterne hurtigt videre til indlæggelse på en stamafdeling, selvom det har været hensigten at patienterne skulle afklares og håndteres i regi af FAM'en og derved undgå unødigt indlæggelse. Herved skubbes aktiviteten videre til stamafdelingerne. Alt efter hvilken afregningsmodel der er for stamafdelingerne, dvs om der er rammestyring af disse eller aktivitetsafregning, vil det have forskellige konsekvenser. Ligeledes kan der være incitament til at nedbringe aktiviteten på akutafdelingen ved at skubbe patienter over i planlagte og ambulante forløb i stedet for at håndtere patienterne med det samme. Ved rammestyring af FAM'erne er det således fortsat relevant, at man monitorerer på, hvad aktivitetspresset på afdelingen er, og hvilket ressourcebehov der er, således at man kan optimere kapacitetsplanlægningen.

Det kan derfor være relevant at indarbejde incitament i styringen af FAM'erne, der fremmer målsætningerne for behandlingsforløb og outcome i FAM'en og sætter fokus på kvalitet og værdi for patienten. Det kan være organisatoriske mål omkring ventetider fx ventetid på at blive tilset af læge, ventetid på diagnostik fx skanning, eller det kan være mål på længden af ophold i FAM'en inden udskrivelse eller overførsel til stamafdeling. Det kan også være relevant at se på om henvisninger til stamafdelinger er velbegrunderet, ligesom den generelle patienttilfredshed kan følges.

Hvorvidt det er hensigtsmæssigt at sætte økonomisk afregning (P4P) op i forhold til overholdelse af en række fastsatte mål står ikke klart. Risikoen er, at man tilfører flere og flere ressourcer til afdelinger der performer godt og ikke nødvendigvis har haft et øget ressourcetræk for at opnå de ønskede mål, mens afdelinger, der har vanskeligheder og ikke performer efter målet får færre og færre ressourcer. Omvendt så er der også noget, der tyder på, at økonomiske incitament virker, og at en afregning kan virke fremmende for at have fokus på at arbejde med aftale mål.

Det kan også overvejes at bruge andre belønningsmetoder end økonomiske i forhold til opnåelse af aftalte mål. Det kan være forskellige former for tiltag der anerkender, fremhæver og fejrer succesfuld målopfyldelse.

Det kan derudover overvejes at tilknytte økonomiske incitamenter i form af bøder eller straf til de aktører, der påvirker indgangen af patienter, det vil sige kommuner og almen praksis for at understøtte unødige henvisninger og bedre samarbejde.

### 3.4. Afregningsmodeller for højt specialiseret behandling

*Samlet peges på en model bestående af et grundbeløb (rammestyring) kombineret med forløbsafregning og tilknyttet specifikke P4P-mål.*

I sundhedsstyrelsens specialevejledning er højt specialiseret behandling defineret på følgende måde:

”De højt specialiserede funktioner omfatter opgaver af betydelig kompleksitet og forudsætter tilstedeværelsen af mange tværgående funktioner/samarbejdspartnere, hvor sygdommen eller sundhedsvæsenets ydelser er meget sjældent forekommende og derfor skaber behov for samling af viden, rutine og erfaring, og/eller hvor resourceforbruget er betydeligt.

Samlingen på bestemte sygehuse skal medvirke til at udnytte synergien, ved at den enkelte funktion kan understøttes og samarbejde med andre funktioner og andre specialer på samme niveau. Dette gælder også for forskning og udvikling samt uddannelse, hvor tilstedeværelsen af mange forskellige funktioner skaber et bedre grundlag for at etablere og udvikle disse områder.

Der forudsættes et samarbejde mellem sygehuse på landsplan, der er godkendt til varetagelse af samme højt specialiserede funktion. En højt specialiseret funktion etableres typisk på sygehuse 1-3 steder i landet.”

Det betyder, at der på området er en række krav til udstyr, speciallæger og forsyningspligt lignende områder, der skal tages højde for i forbindelse med udarbejdelse af en model.

Der afregnes i dag på det højt specialiserede område på basis af omkostningsbestemte takster (fee-for-service model). Denne afregning går ikke automatisk videre til de enkelte afdelinger for blandt andet for at sikre omkostningskontrol.

*Beskrivelse af en eller flere afregningsmodeller, som primært anbefales for området herunder fordele og ulemper.*

Inden en udformning af en afregningsmodel påbegyndes, skal der være enighed om hvilke primære formål en sådan model skal understøtte.

På det højt specialiserede område kan skal en model understøtte:

- Opretholdelse af beredskab på et vist niveau herunder speciallægedækning, udstyr og specialuddannet personale (hensyn til forsyningsikkerhed).
- Der skal kun leveres de ydelser, der er højt specialiserede ud fra Leon princippet. Det betyder også, at der skal være incitament til at samarbejde på tværs,



dog skal patient case-mixet understøtte opretholdelse af en effektiv uddannelsesfunktion.

- Der skal kun leveres de ydelser, der giver værdi for patienten – dvs. fokus på den enkelte patients behov herunder for eksempel behovet for bl.a. kontrolbesøg.
- Ydelserne skal leveres så billigt som muligt til samme høje faglige kvalitet.

Oven i disse krav skal der leves op til kravene om udrednings- og behandlingsret.

Disse formål betyder, at der skal udformes en model for det højt specialiserede område, der er en kombinationsmodel af flere afregningsformer. En mulighed her kunne være en model bestående af et grundbeløb (rammestyring) kombineret med bundled DRG/forløbsafregning

En stor andel akutte patienter og forsyningssikkerheden tilsiger at en andel fast budget er nødvendig. Her er det ud fra Leon princippet også fint at patienterne skubbes videre når de ikke længere er L/L-patienter. Omkostningskontrollen, fokus på sekundær forebyggelse og samarbejde med andre dele i patientforløbet dækkes via forløbs drg'en, her kan det yderligere overvejes om korrektion for PRO'er skal indbygges i en forløbsafregning/ bundled DRG. Det kan i den forbindelse også overvejes om andre belønningsmetoder og ledelsesværktøjer skal tages i brug her, da spørgsmålet om fokus på hvad patienten ønsker i høj grad er en kulturændring, som ikke nødvendigvis implementeres via øgede data – og registreringskrav.

En lang række af de argumenter og overvejelser, der gælder for FAM'er og afregningsmodeller kan også overføres til det højt specialiserede område.

P4P på det højt specialiserede område kan introduceres i lighed med de øvrige områder. Om der skal knyttes finansiering på performance/effekt eller om der kan etableres andre former for belønning og straf skal overvejes. Risikoen er, at der tilføres flere og flere ressourcer til afdelinger der performer godt og ikke nødvendigvis har haft et øget ressourcetræk for at opnå de ønskede mål, mens afdelinger der har vanskeligheder og ikke performer efter målet får færre og færre ressourcer<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> OECD (2016), Better Ways to Pay for Health Care, s. 20.

#### **4. Afregningsmodel til at understøtte værdibaseret styring**

I de fleste tilfælde vil en kombination af afregningsordninger være at foretrække for at balancere incitamenterne. Specielt når der sker udvikling frem mod mere aggregerede afregningsenheder (per capita, per periode), er der behov for kombination med opfølgning på kvalitet og outcome, enten som public report (offentliggørelse af information om kvalitet), kvalitetsdatabaser, minimumskrav for at få adgang til en pulje penge, eller endelig P4P.

Afregning kan ikke ses isoleret men skal typisk ses i sammenhæng med det organisatoriske set-up, en lang række supplerende reguleringer og strukturer i økonomistyringen, hvor incitamenterne hænger sammen med definition af prospektive regler for risikodeling og overskudsdeling - dette er afgørende for incitamenternes virkning, og disse rammer kan være mindst lige så væsentlige som den afregningsmodel, man anvender.

Som ovenstående gennemgang indikerer, findes der ikke én afregningsmodel til at understøtte værdibaseret styring og den valgte tilgang afhænger i høj grad af behandlingsområdet. Følgende er anbefalingerne til udvikling af afregningsmodeller inde for de forskellige behandlingsområder.

For behandling ved kronisk sygdom peges der på udvikling af populationsbaserede afregningsmodeller med afsæt i tværsektorielle løsninger, kombineret med P4P-elementer. Alternativt; udvikling af forløbsmodeller eller rammefinansieringsmodel tilknyttet P4P-elementer.

For behandling i elektiv regi peges på udvikling af afregningsmodeller med forløbsafregning kombineret med differentierede dækningsgrader (for at mindske risikoen for indikationsskred) og P4P-elementer, som bonus eller straf (for at fremme fokus på outcome/effekt).

Ved akutte funktioner peges der på udvikling af afregningsmodeller baseret på rammefinansiering, kombineret med P4P-elementer for at fremme effektivitet og fokus på, at FAM'en leverer på centrale mål ift. patienthåndtering. Dette kunne kombineres med økonomiske incitament for de aktører, der påvirker tilgangen (kommuner, alment praktiserende læger og de øvrige afdelinger på hospitalerne) for at motivere til god adfærd og samarbejde.

Og endelig for de højtspecialiseret funktioner peges der på en model bestående af et grundbeløb (rammestyring) kombineret med forløbsafregning og tilknyttet specifikke P4P-mål.

I nedenstående figur 4.1 er en grafisk fremstilling af, hvor på "skalaen" over afregningstyper de anbefalede modeller er placeret.

Figur 4.1. Afregningsmodeller der understøtter værdibaseret styring

