

Incitamentter til sammenhæng

Dr Søren Rud Kristensen

Centre for Health Policy - Institute of Global Health Innovation

Imperial Patient Safety Translational Research Centre

Motivation

- Aldrende befolkning
 - Flere og flere multisyge
 - Øget kompleksitet i behandlingsbehov: Brug for fler-sektor inputs
 - Oplevet problem: Mangelende "integration" er en barriere for sammenhængende patientforløb
-

“Problemer” med eksisterende afregningsordninger

- **Fee-for-service (FFS) / DRG**
 - Stærke incitamenter for aktivitet, dvs. favoriserer akut aktivitet over forebyggende arbejde
 - Risiko for overbehandling
- **Capitation / Rammeafregning**
 - Incitamenter til at minimere aktivitet (hvis ikke understøttet af andre incitamenter)
 - Incitament til at undgå komplekse (multisyge) patienter (hvis ikke risikojusteret)
- **Sektorspecifikke**
 - Få incitamenter til at samarbejde på tværs

Integrated Care Budgets i England

- Stigende focus på New Care Models (også kaldet ACO's)
 - Multispecialty Community Providers
 - Integrated Primary and Acute Systems
 - Oplevet behov for nye afregningsmodeller der giver incitament til
 - Større koordination
 - Mere sammenhængende patientforløb
 - Udspil: **Whole Population Budgets**
 - Beksrevet som rammebudgetter med resultat styring
-

Sådan sættes Whole Population Budgets

- Ikke tale om budgetter der omfatter alle ydelser for et individ
 - Budget for en hel population på tværs af serviceområder
 - Ønsker at tilskynde
 - whole population management
 - Forebyggelse
 - Patienters selvpleje
 - Fokus på resultater snarere end inputs
-

Whole Population Budgets: Dette loves (helt sikkert)

- Dækker relevante services for hele populationen
 - Dvs. alle i et lokalområde, ikke blot en bestemt del af befolkningen
- Fjerner direkte sammenhæng mellem aktivitet og betaling
- Forbedret sammenhæng mellem betaling til alle sektorer i modellen
- Bedre incitamentter til forebyggelse
- Fokus på resultater, aktivitet og omkostninger på tværs af sektorer

3 Delelementer

1. Fastsættelse af baseline budget
 - Udregne baseline kontraktværdi for services inkluderet i ACO
 - Estimere WPB for flerårig periode på baggrund af befolkningsforventninger
 - Konvertere WPB til kontraktværdier for enkelte udbydere
2. Design af Improvement Payment Scheme (IPS) for ACO aktører
 - En andel af budget betinges af “performance” / kvalitet
3. Udvikling af gain/loss sharing model som skal
 - Bygge og ensrette økonomiske incitamenter på tværs af sektorer
 - Tage højde for øget risiko der overføres fra betaler til aktører når WPB implementeres

Et skridt tilbage: “Integrated care” som et incitamentsproblem

- Baggrund
 - Flere sektorer bidrager til et fælles outcome
 - sammenhæng mellem inputs i en sektor og forbrug i en anden
- Oplevet løsning: (vertikal) integration udbydere
 - Eksempler: UK: New care models, ACOs, whole population budgets
 - Ide: Hvis sundhedsaktører er del af same organisation vil de indtænke sammenhænge

Eksempel: Reduktion i akutte indlæggelser

- Hyppigt opgivet mål med “integrated care”
- En patients ssh for en akut indlæggelse afhænger af en combination af
 - Kontakt med almen praksis
 - Sygehussektoren
 - Hjemmepleje o.l.
- Sammenhæng mellem input i en sektor og behov i en anden
- Traditionelle betalingsystemer tager ikke højde for disse sammenhænge

Afregning som et alternative til organisatorisk integration

- Koordinationsproblmer eksisterer stadig selv i en integreret organisation
 - Muligt tab af fordele ved specialisering
 - Primær, sekundær og pleje sektorer har behov for forskellige typer inputs og capital
 - Organisatorisk integration ikke nødvendigvis mere efficient
 - **Spørgsmål:** Kan vi designe et afregningssystem for separate organisationer som opnår same eller bedre resultater som en integreret organization?
-

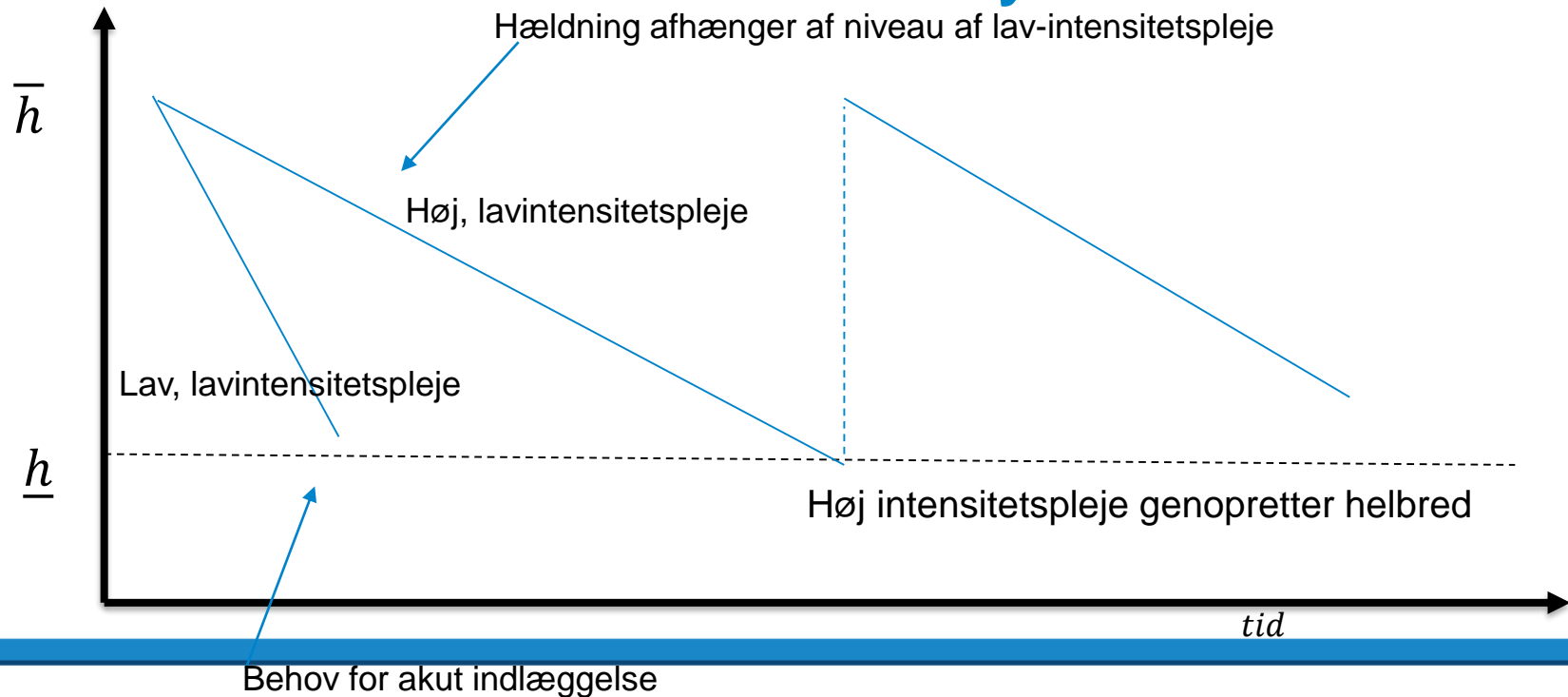
Omformulere som et betalingsspørgsmål

- Givet
 - Omkostningerne ved en akut indlæggelse
 - Hver sektors sandsynlighed for at påvirke indlæggelsesssh.
 - Sammenhænge mellem indsatsen i hver sektor
- Hvordan og hvor meget skal hver aktør betales for at reducere antallet af akutte indlæggelser?

Model setup

- To sektorer
 - Lav intensitet fx almen praksis eller plejesektor
 - Løbende omkostninger som en funktion af kvalitet og tid
 - Høj intensitetet sekto fx hospitaler
 - Omkostninger afh. af antal indlæggelser og omk./kvalitet per indlæggelse
- Patientens nytte
 - En funktion af begge typer pleje og kvalitet
 - Intensiteten af ydelser i hver sektor bestemmer fremtidigt behov
- Ønsker at maksimere Patient nytte minus omkostninger

Patientens helbred som en funktion af ydelser over tid



Foreløbig teoretisk analyse

- “Bundled payment” for en integrated care organisation virker kun hvis organisationen er fuldt altruistisk
- For separate organisationer afhænger den optimale afregningsmodel i en sektor af afregningen i den anden sektor
 - For en altruistisk aktør bør den optimale betalingsmodel for lav-intensitetsaktører tage effekten af aktørens pleje på patientens behov for brug af højintensitetsydelser i agt, dvs. Gøre en funktion af højintensitetsydelser
 - Det lyder som kommunal medfinansiering (som så ud til at virke i Norge...)

Spørgsmål til diskussion

- Hvad ville være anderledes end idag hvis primær-, sekundær og plejesektor integreres?
 - På administrativt niveau
 - I forhold til patientens pleje?
 - Kan det samme opnås via afregning af selvstændige aktører?
-