

Sundhedsklynger, kvalitet og incitament

Internationale erfaringer

Søren Rud Kristensen

Dansk Center for Sundhedsøkonomi (DaCHE)

Syddansk Universitet

Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren

13. Januar 2023

Varedeklaration

Indholdet af disse slides er dels baseret på et kapitel der er forthcoming i ny European Observatory udgivelse:

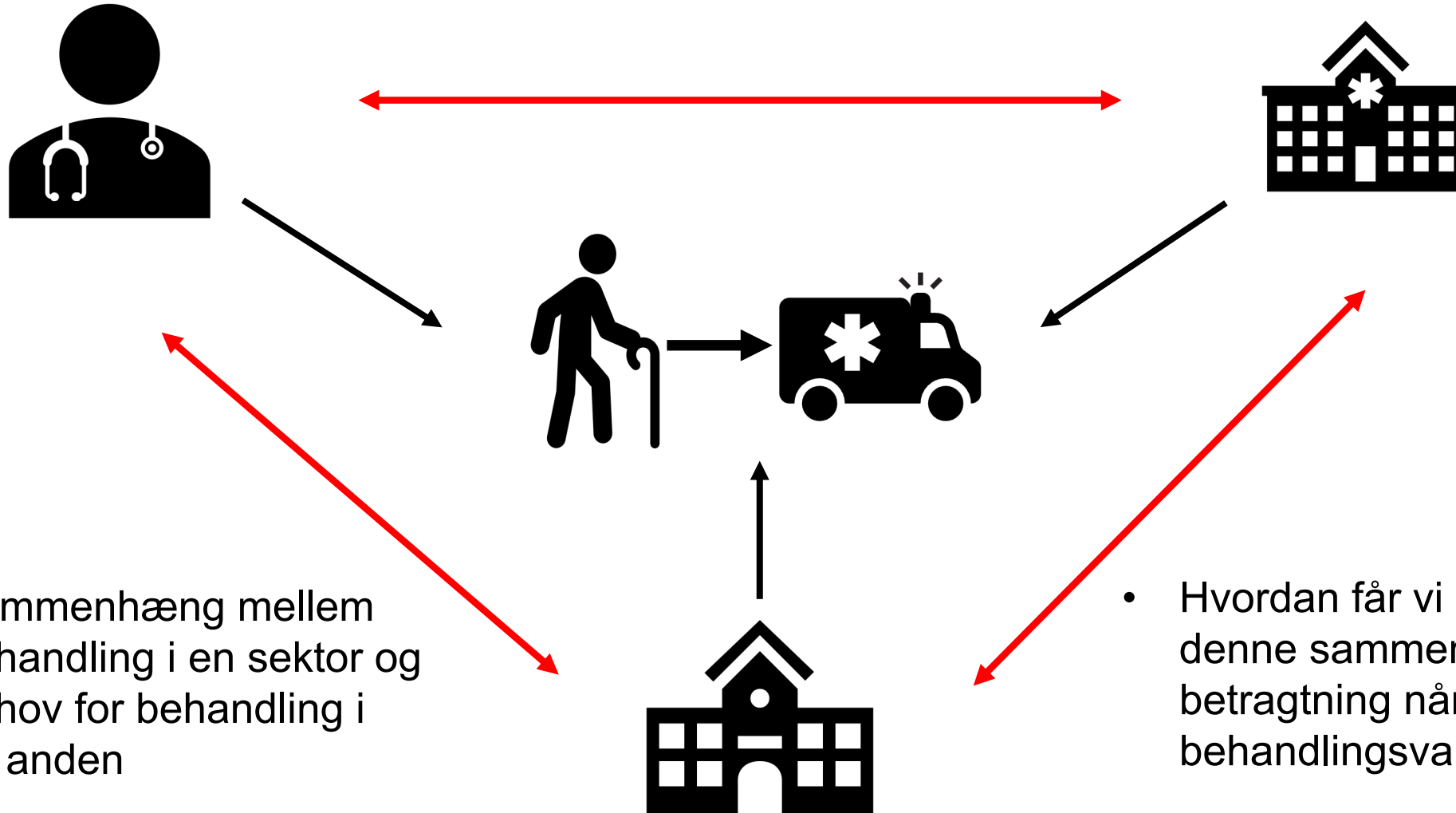
Kristensen S.R., van Ginneken E. og Sutton, M. *Ch X: Paying for integrated care, in Paying for health: learning from international experiences, forventes publiceret i 2023*

Samt scoping review af incitamentter for sammenhæng på tværs for med fokus på kronikere, cofinansieret af Steno Diabetes Center Aarhus:

Yordanov, D. S., Oxholm, A. S., Prætorius T., and Kristensen, S. R., Financial incentives for integrated care: A scoping review and lessons for evidence-based design, work in progress

Protokol for review: Yordanov, D. S., Oxholm, A. S., Prætorius T., and Kristensen, S. R. *Which Financial Incentives Can Be Used to Promote Integrated Care for Patients with Chronic Disease?* Open Science Framework, 27 December 2021. <https://osf.io/5qs6t/>.

”Sammenhæng” som et incitamentsproblem



- Sammenhæng mellem behandling i en sektor og behov for behandling i en anden

- Hvordan får vi aktørerne til at denne sammenhæng i betragtning når de foretager behandlingsvalg?

3 ønsker til incitament for sammenhæng

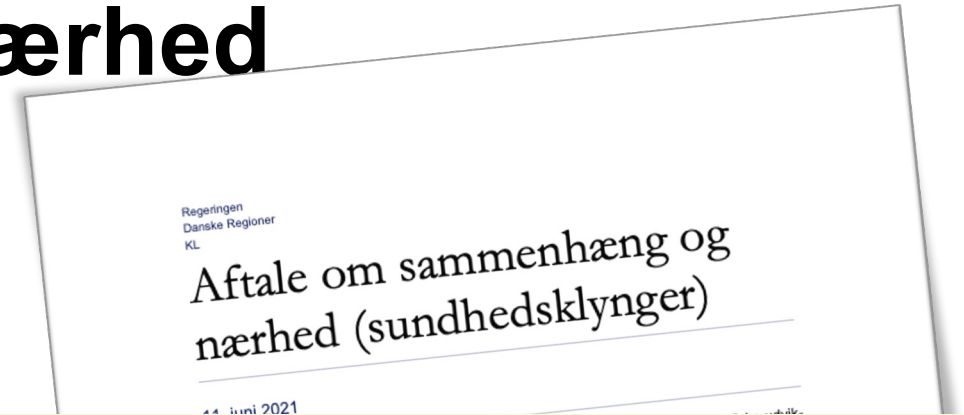
Fra et samfundsøkonomisk perspektiv bør et godt incitamentsystem tilskynde:

- At hver aktør i fremtidige behandlinger leveres i en anden sektor end den nuværende – for patientens eller slet ikke leveres!
- At hver aktør i fremtidige behandlinger et godt incitamentdesign skal tilskynde hertil eller for patientens det mindste ikke stå i vejen herfor
- At behandlingen udføres på **laveste effektive** omkostningsniveau og **uden dobbeltarbejde**

Løsningen: Sundhedsklynger

....Så skal vi bare finde ud af hvad problemet var...

Aftale om sammenhæng og nærhed (Sundhedsklynger)



Etablering af forpligtende sundhedsklynger

- Der etableres forpligtende og formaliserede 'Sundhedsklynger' omkring hvert af de 21 akuthospitaler, med repræsentanter fra sygehuse/region, kommunerne og almen praksis i akutsygehusets optageområde.
- Sundhedsklyngerne omfatter også psykiatrien.
- De nye sundhedsklynger skal tage fælles ansvar for den fælles population i optageområdet (populationsansvar) med fokus på at løse udfordringer, herunder styrke sammenhæng og bedre behandlings- og rehabiliteringsforløb for de borgere der har forløb på tværs af regioner, kommuner og almen praksis, og samtidig være en drivende kraft for styrket forebyggelse, kvalitet og omstilling til det nære sundhedsvæsen. Myndighedsansvaret er fortsat placeret i regioner og kommuner.

**Der afsættes fælles midler til at finansiere tværsektorielle indsatser (80 mio i 2022, 40m i 2023)
Fordeles 50/50 mellem kommuner og regioner...**

Hvad kan man få for 80 millioner?

Folketingets Sundhedsudvalg har den 12. maj 2022 stillet følgende spørgsmål nr. 11 (L 191) til sundhedsministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Peder Hvelplund (EL).

Spørgsmål nr. 11:

”Ifølge lovforslaget skal sundhedsklyngerne løfte det fælles populationsansvar og udvikle, planlægge og iværksætte indsatser målrettet lokale behov og omstilling til det primære sundhedsvæsen, så der kan skabes mere geografisk og social lighed i sundhed. Det oplyses, at sundhedsklyngernes arbejde understøttes med 80 mio. kr. i 2022. Mener ministeren, at dette beløb er tilstrækkeligt til at finansiere de beskrevne opgaver for sundhedsklyngerne?”

Svar:

Der er i 2022 via aftalen om sundhedsklynger afsat 80 mio. kr. fra centralt hold til opstart af samarbejdet i sundhedsklyngerne. Disse opstartsmidlerne har til formål at understøtte udvikling af konkrete indsatser i region og kommuner.

Det er aftalt mellem regeringen, KL og Danske Regioner, at denne opgave løftes for 80 mio. kr. i 2022, *jf. Aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger) af 11. juni 2021.*



Hvad er forventningen til klyngerne...?

- Opfølgning på fastlagte mål og implementering af lokalt og nationalt aftalte initiativer
- Håndtere praktiske udfordringer og muligheder i sundhedsklyngen, herunder igangsætte relevante samarbejdsprojekter. fx samarbejde om akutladser, forløb for ud-

Konkrete indsatser vil variere på tværs af sundhedsklyngerne, afspejlende forskellige udfordringer. For at sikre fælles retning og fremdrift etableres en fælles ramme med forretningsorden, og det nye sundhedssamarbejdsudvalg vil have en opgave i at fastlægge fælles rammer og retning for udviklingen af samarbejdet på tværs af regionens sundhedsklynger.

- Følge og drøfte centrale nøgletal og data for populationen inden for sundhedsklyngen, så data kommer til at understøtte et tæt samarbejde.

Guide til opfølgning på sundhedsklynger

Guide til opfølgning på sundhedsklynger

Formålet med guiden er at tjene som inspiration til, hvordan kommuner og regioner i fællesskab kan følge op på iværksatte projekter/indsatser og anvendelsen af de fælles midler i sundhedsklyngerne. Guiden er til inspiration i klyngerne.

...indsats eller projekt i en sundhedsklynge
...nytænkning med fokus på
...af-

Relevante spørgsmål, når et projekt afsluttes, er f.eks.:

- Hvilken udfordring adresseres?
- Hvad er succeskriterierne?
- Hvordan måles succeskriterier/resultater af indsatsen?
- Hvornår måles resultaterne?
- Hvem er ansvarlig for opfølgningen (region eller kommune)?

Sundhedsklyngerne og sundhedssamarbejdsudvalgene kan derudover udvikle evalueringsguiden med yderligere spørgsmål eller specificeringer, som de finder det relevant for deres lokale evalueringsindsats.

Hvilke resultater ønsker vi at opnå?



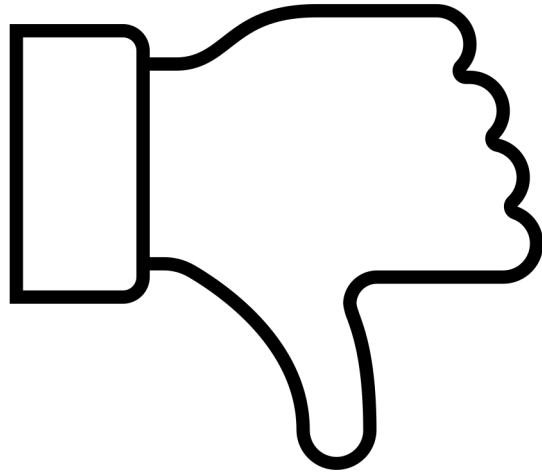
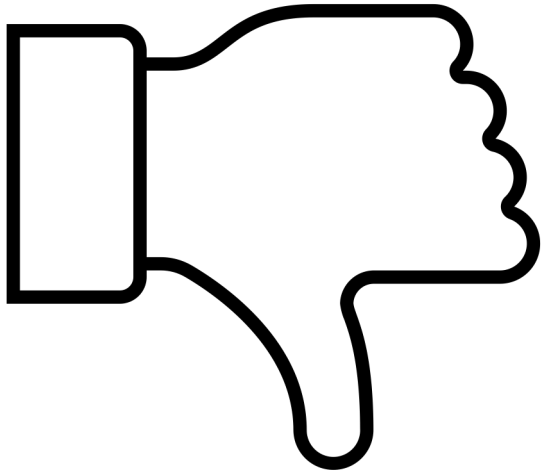
- Aktivitet
 - fx (undgåelige) akutte indlæggelser
 - Omplacering af aktivitet
- Reducerede omkostninger
 - Sektorspecifikke, samlede
- Bedre klinisk kvalitet
- (Helbredsrelateret) livskvalitet
- Wellbeing, capabilities, patientpræferencer...

Sundhedsklynger

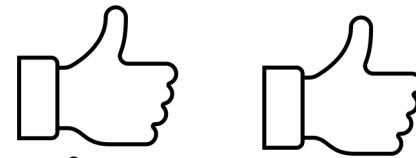
Klare mål?

Penge at arbejde for?

Effekt?



Erfaringer fra Englands Better Care Fund



Sundhedsklynger med mål og penge...

The Better Care Fund – Baggrund

- Fra 2012 oprettedes 150 “Health and Wellbeing Boards” som blev som samarbejdsfora for kommuner, Clinical commissioning groups (svarende til regioner) og patienter
- Intentionen var at give et yderligere økonomisk incitament til bedre sammenhæng fx gennem ”case management” gennem multidisciplinære teams mhp. at reducere akutte indlæggelser


The Better Care Fund – Økonomi & Mål

- Fra 2015 "fællesøkonomi": kommuner og CCG'er bedt om at poole midler i "Better Care Funds"
 - Ca. 5 mia GBP per år stigende til ca. 10. (ca. 3-5% af samlede budget)
- Målsætning at opnå 106.000 færre akutte indlæggelser og reducere antallet af sengedage med 293.000 (gennem færre forsinkede udskrivelser) det første år

Englands Better Care Fund - Evaluering

Social Science & Medicine 232 (2019) 382–388

Contents lists available at ScienceDirect

 Social Science & Medicine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/socscimed



Does pooling health & social care budgets reduce hospital use and lower costs?

Jonathan Stokes^{a,*}, Yiu-Shing Lau^a, Søren Rud Kristensen^{a,b}, Matt Sutton^a

^a Health Organisation, Policy, and Economics, Centre for Primary Care and Health Services Research, University of Manchester, Manchester, UK
^b Faculty of Medicine, Institute of Global Health Innovation, Imperial College London, London, UK

ARTICLE INFO

Keywords:
Pooled budgets
Integrated care
Better care fund
Multimorbidity
Health financing
Health policy
Organisation of care

ABSTRACT

An increasing burden of chronic disease and multimorbidity has prompted experimentation with new models of care delivery that aim to improve integration across sectors and reduce overall costs through decreased use of secondary care. One approach to stimulate this change is to pool health and social care budgets to incentivise care delivery in the most efficient location. The Better Care Fund is a large pooled funding initiative gradually taken up by local areas in England between 2014 and 2015. We exploit this variation in timing of uptake to examine the short- (1 year) and intermediate-term (up to 2 years) effects of the Better Care Fund on seven measures of hospital use and costs from a cohort of 14.4 million patients constructed using national Hospital Episode Statistics. We test for differential effects on people with multimorbidity. We find no effects of budget pooling on secondary care use for the whole population. For multimorbid patients the use of bed days increased in the short-term by 0.164 (4.9%) per patient per year. In the short-to intermediate-term, pooling health and social care budgets does not reduce hospital use nor costs. However, pooling funds does appear to stimulate additional integration activity.

- Udnytter at ikke alle Health og Wellbeing Boards (HWBs) fik fællesøkonomi samtidigt
- Sammenligner ”ændringen-i-ændring” mellem HWBs der havde og ikke havde fællesøkonomi i år 1 og år 2 af BCF

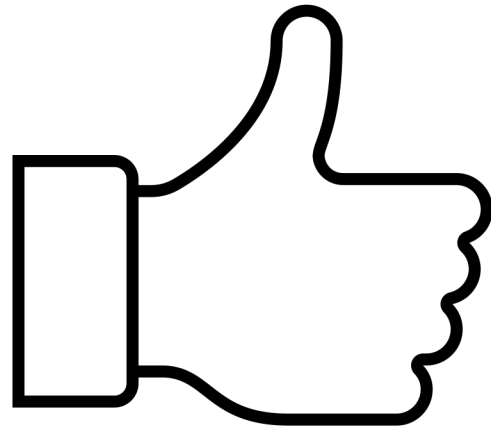
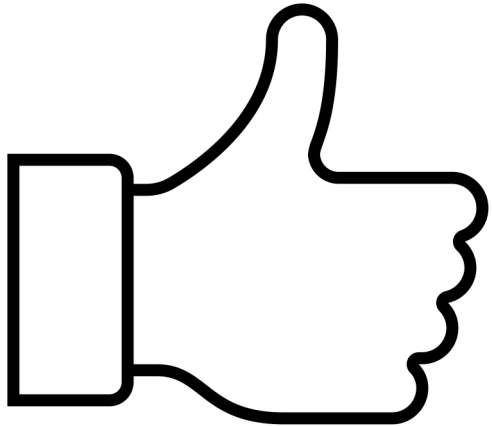
Better Care Fund: Resultater

- Evalueringsoutcomes
 - Akutte indlæggelser (ACSC)
 - Sengedage
 - Forsinkede udskrivelser
 - Skadestudebesøg
 - Ambulante besøg
 - Akutte genindlæggelser indenfor 30 dage
 - Totale sygehus omkostninger
- Eneste påviste "effekt": **Længere** indlæggelser for multisyge

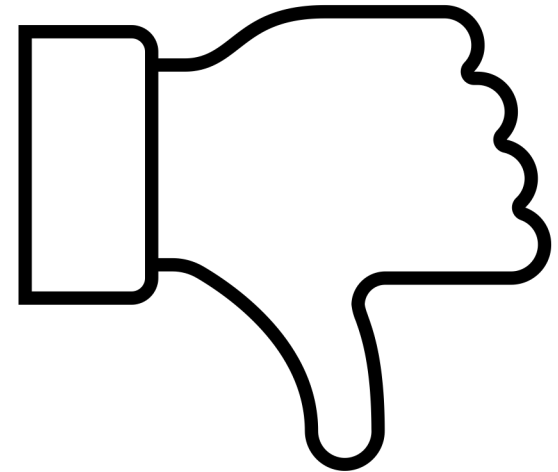
Sundhedsklynger

Klare mål?

Penge?



Effekt?



Evidensoversigt for økonomisk integration



- Evaluerer 38 studier fra otte lande
- Reduktion i omkostninger eller ydelser?
 - Tre ud af 34 studier fandt positiv effekt
- Forbedring i patienters helbred
 - Fem ud af 24 studier fandt positiv effekt
- Praktisk implementering af økonomisk integration og fælles ledelse hyppig barriere for integration



Hvad har vi ellers i værktøjskassen?

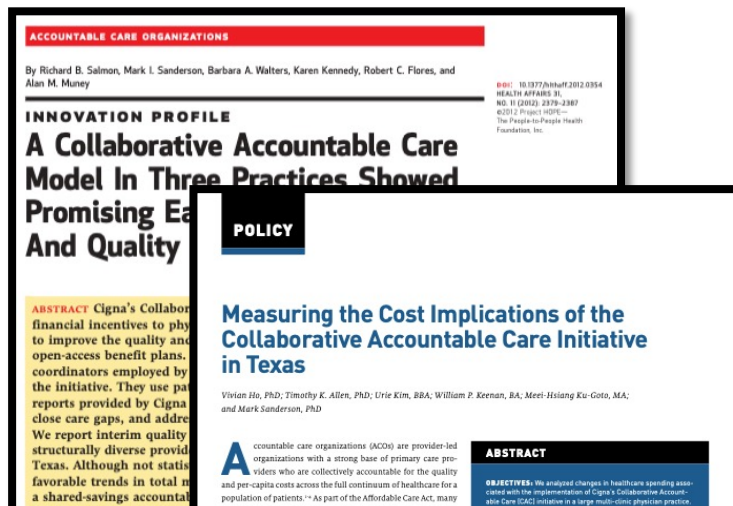
Afregningsmodeller med eksplicit fokus på integration på tværs af sektorer

Afregningssystem	Beskrivelse
Betaling for koordinering <i>Pay for coordination</i>	Særskilte betalinger for koordinerende indsats
Kvalitetsafregning <i>Pay for performance</i>	Betaling for at nå prædefinerede kvalitetsmål relateret til sammenhæng
Pakkebetaling <i>Bundled payments</i>	En takst der dækker flere dimensioner fx forløb / tid / tværsektorielt
Gevinstdeling <i>Shared Savings</i>	Flere aktører får en samlet betaling for et forløb og deler andel af besparelser

Betaling for koordinering: Eksempel

- Det private amerikanske forsikringssselskab Cigna betaler som en del af deres *Collaborative Accountable Care* initiativ et særskilt beløb til at understøtte en koordinerende indsats
- Beløbet fastsat som funktion af den potentielle gevinst, og data om kvalitet og omkostninger
- Understøttet af rapporter om hvilke patienter der kunne drage nytte af øget koordinering
- Betalingen sker en gang årligt og øges hvis specifikke mål opnås

Betaling for koordinering: Evidens



in a previous study.²⁸ To summarize, Cigna paid MCNT a care coordination fee in addition to standard FFS payments. In the first year of implementation, the amount of the fee was based on an estimate of the projected benefits to Cigna's patients, and in subsequent years, the payments were supplemented based on a formula that employed cost and quality measurements from the prior year. Cigna also supplied MCNT with reports on their patients to monitor progress and to identify those most likely to benefit from special assistance.

- Cigna's Collaborative Accountable Care model indeholdt særskilt betaling for koordinering oven på FFS
- Ingen effekt i Arizona, New Hampshire eller Texas efter første år (Salmon et al. 2012, HA)
- Efter 2 år, reduktion i udgifter for patienter i Texas men muligvis selektiv afrapportering (kun Texas, affil.!) og ukendt effekt på kvalitet

Bundled Payments: Eksempel

- I 2010 introducerede landet som et af de første “Bundled payment” for visse kronikere (diabetes, KOL, hjerte-kar sygdom)
 - Grupper af praksis kan sammen tage klinisk og økonomisk ansvar for kronikere
 - Der betales en fast årlig takst uafhængigt af faktisk forbrug
 - Kvalitet monitoreres af en uafhængig enhed
 - Taksten dækker alene behandling i primærsektor, og alene pleje relateret til den kroniske sygdom
- Forventning at taksterne ville føre til bedre mere sammenhængende pleje og lavere samlede omkostninger

Bundled payments i Holland: Resultater



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Health policy

journal homepage: www.elsevier.com/locate/healthpol

Bundled payments for chronic diseases increased health care expenditure in the Netherlands, especially for multimorbid patients.

Milad Karimi^a, Apostolos Tsiachristas^{a,b}, Willemijn Looman^a, Jonathan Stokes^d, Mirte van Galen^c, Maureen Rutten-van Mölken^{a,c,*}

^aErasmus School of Health Policy & Management, Erasmus University Rotterdam, PO Box 1738, 3000 DR Rotterdam, the Netherlands
^bHealth Economics Research Centre, Nuffield Department of Population Health, University of Oxford, Old Road Campus, Oxford OX3 7LE, UK
^cInstitute for Medical Technology Assessment, Erasmus University Rotterdam, Rotterdam, the Netherlands, PO Box 1738, 3000 DR Rotterdam
^dHealth Organisation, Policy and Economics, Primary Care and Health Services Research Centre, School of Health Sciences, University of Manchester, Oxford Road, Manchester M13 9PL, UK
^{*}Vektis C.V., Sparrenheuvel 18, Building B, 3708 JE Zeist, the Netherlands

ARTICLE INFO

Article history:
Received 22 December 2020
Revised 9 April 2021
Accepted 11 April 2021
Available online xxx

Keywords:
Bundled payment
Chronic disease
Multimorbidity
Cost

ABSTRACT

Bundled payments aim to stimulate the integration of healthcare services and ultimately reduce healthcare expenditure growth through improved quality of care. The Netherlands introduced bundled payments for chronic diseases in 2010 by reimbursing providers annually for a bundle of primary care services related to COPD, Diabetes, or Vascular Risk Management. We aimed to assess the long-term effects of these bundled payments on healthcare expenditure. We used health insurance claims data from 2008 to 2015 to compare the healthcare expenditure between everyone who was included in bundled payments and a control group. We performed a difference-in-difference analysis in combination with propensity score matching and found that bundled payments consistently increased health care expenditure over seven years. The average half-year increase was €233 (95%CI: 204-262) for DM2, €609 (95%CI: 533-686) for COPD, and €231 (95%CI: 208-254) for VRM, representing 13%, 52%, and 20% of 2008 half-year cost. The increase was higher for those with multimorbidity compared to those without multimorbidity. This suggests that the expectations of the bundled payments are yet to be fulfilled.

© 2021 The Authors. Published by Elsevier B.V.
This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

- Evaluering af omkostninger til
 - Medicin
 - Almen praksis
 - Sygehuse
 - Samlede forbrug af sundhedsydelser
- Skelnede mellem effekt for multisyge vs andre
- Studiet fandt **højere omkostninger** for patienter i bundles, især til medicin og sygehuse
- Effekt på kvalitet ikke undersøgt her

Kvalitetsafregning: Eksempel

- Amerikanske Aetna-NovaHealth Pilot Program belønnede almen praksis for præstationer på fem indikatorer for bedre sammenhæng
 1. Mindst et årlig besøg for alle patienter (**Adgang**)
 2. Mindst 2 besøg for patienter med kronisk sygdom, fordelt som et besøg i hvert af årets første og anden halvdel (**Kronikerpleje - proces**)
 3. Mindst et årligt HbA1c test for patienter med diabetes (**Kronikerpleje - resultat**)
 4. Opfølgingsbesøg indenfor 30 dage efter udskrivelse fra sygehus eller "skilled nursing facility" (**Sammenhæng og koordination - process**)
 5. Antal sygehusindlæggelser og indlæggelsesdage blandt praksissens patienter (**Sammenhæng og koordination - resultat**)

Kvalitetsafregning: Resultater

- I en deskriptiv sammenligning med tilsvarende praksisser uden kvalitetsafregning fandtes
 - 50% færre indlæggelsesdage per 1000 patients.
 - 45% færre sygehusindlæggelser
 - 56% færre genindlæggelser
- Omkostningsreduktion på 16-33%
- **MEN OBS: Ikke stærkt evalueringsdesign!**

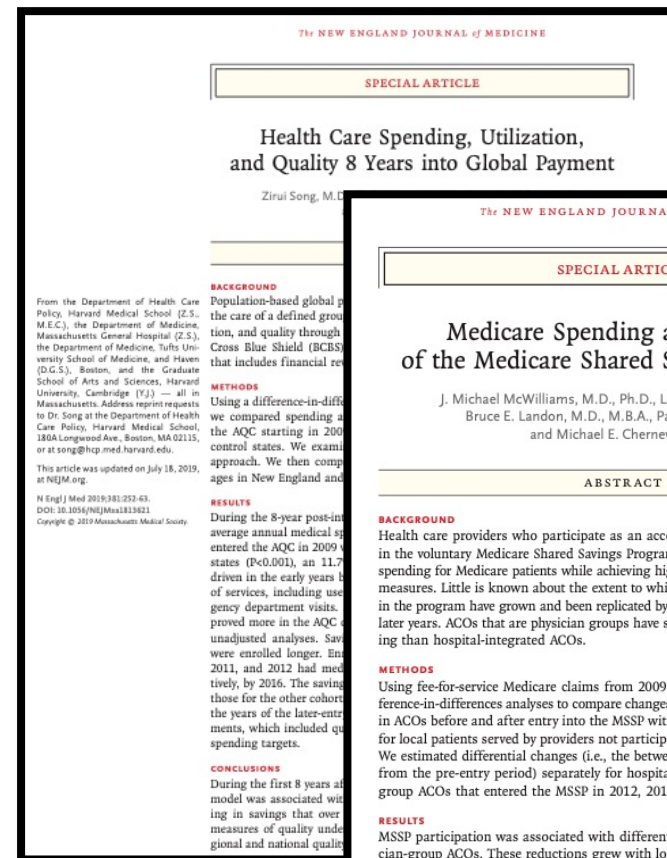
Gevinstdeling: Eksempel

U.S. Medicare's Shared Savings Program (MSSP)

- Grupper af aktører, fx flere praksisser eller praksisser og sygehus danne en "accountable care organisation" (ACO) som får populationsansvar for behandling, kvalitet, og omkostninger for en lokal population
- Aktørerne i ACO'en får del i eventuelle besparelser **forudsat**
 - at besparelser er større end en minimumsgrænse (ikke tilfældig variation)
 - OG behandlingskvaliteten lever op til aftalte standarder

Gevinstdeling (Shared savings)

- **Alternative Quality Contracts (privat forsikringsinitiativ)** associeret med lavere udgiftsvækst og bedre kvalitet for kronikere
- **Medicare Shared Savings Program** associeret med lavere omkostninger og forbedret kvalitet på nogle dimensioner. Den positive effekt var stærkere over tid og større for ACOs bestående af praksisser alene



Læring fra eksempler

- Ikke stærk empirisk evidens for at betalingsordninger alene er en “magic bullet” men empiriske eksempler på at incitament kan virke
- Gevinstdeling nok den mest lovende , men også mest komplekse at implementere.
- Afregningsformer der reducerer tilskyndelse til aktivitet (fx visse bundles og gevinstdeling) bør suppleres med kvalitetsmonitorering/krav

Hvorfor manglende effekt?


- Overvejende ingen stærk evidens for at “integration” opnår ønskede effekter (lavere omkostninger eller færre akutte indlæggelser → **Hvorfor?**)
- Uklart...
 - om samarbejdsinitiativer faktisk fører til øget sammenhæng
 - om øget sammenhæng fører til ønskede outcomes (omk., helbred)
 - (hvad vi ønsker at opnå?)
- Behov for klare mål og evidens for om “bedre sammenhæng” er associeret med de ønskede mål (fx akutte indlæggelser)

Vi har en plan...


- I et nyt forskningsprojekt finansieret af Novo Nordisk Fonden ønsker vi at **samskabe incitament**er for **sammenhæng på tværs** med de **parter** incitamentene skal rettes **imod**
- Forsknings samarbejde med Thim Prætorius (PI) og kolleger fra SDU og Steno Diabetes Center Aarhus




Søren Rud Kristensen

 srkristensen@health.sdu.dk

 [@soerenrk](https://twitter.com/soerenrk)

 <https://soerenrudkristensen.wixsite.com/srkristensen>

Danish Centre for Health Economics – DaCHE

 [@DaCHE_SDU](https://twitter.com/DaCHE_SDU)

 dache.dk

