

# Den ekonomiska modellen framtagen för Q-projekten

Ulf Persson

IHE



# Mål och utgångspunkter för ersättningsmodellen P4P

Produktionsfunktionen för hälsa = relationen mellan vårdresursernas användning och utfallet på patienternas hälsa.

Vårdgivaren/klinikern har bäst kunskap om produktionsfunktionen för hälsa för en enskild patient med viss patientkaraktistik; inte sjukvårdshuvudmannen. P4P ska stimulera vårdgivaren/klinikern att utveckla denna kunskap.

Sjukvårdshuvudmannen är medveten om målen (god hälsa, god tillgänglighet, kostnadskontroll etc.)

# Sjukdomar uppvisar olika naturalförlopp och kännetecken

Hjärtsvikt: Stora kostnader för slutna vård, relativt kort tidshorisont, försämrad hälsa inom några få år

Diabetes: Kostsamma diabeteskomplikationer tar lång tid att utveckla, försämrad hälsa kan dröja upp till 15-20 år

# P4P

## Ersättningsmodell för Q-svikt & Q-diabetes

Båda diagnoserna: Ersättning för

- participation (5 000 kr per VC år 1) &
- registration (0-20 000 kr per VC beroende på uppnått resultat)
- Payment for performance per VC (totalt max 50,000 kr per år)

### Q-svikt

Ersättning för stor andel patienter:

- Testade med EKO
- Behandlande med RAS+Betablockad
- Minskat antal sjukhusdagar
- Registrering av EQ-5D och förbättring av patienternas livskvalitet

### Q-Diabetes

Ersättning för stor andel patienter:

- God blodsockerkontroll ( $\leq 6\%$  HbA1c)
- Blodfetter (total cholesterol  $\leq 4,5 \text{ mmol/l}$ )
- Blodtryck ( $\leq 130/80 \text{ mm Hg}$ )

# P4P

## Diabetes - Diskussion

Premiera uppfyllelse av målvärden för tre riskfaktorer:

- Blodsockerkontroll ( $\leq 6\%$  för HbA1c)
- Blodfetter (Total kolesterol  $\leq 4,5$  mmol/l)
- Blodtryck ( $\leq 130/80$  mm Hg)

Är premiebeloppens storlek väl avvägda?

- Participation 5 000 kr/år
- Registration max 15 000 kr/år
- P4P (blodsockerkontroll) max 10 000 Kr/år
- P4P (blodfetter) max 10 000 kr/år
- P4P (blodtryck) max 10 000 kr/år

Är ersättningsystemet transparent och lättförståeligt?  
Kan man lura systemet, med t ex “Adverse selection”?

# Diabetes

## Resultatmått: Blodsockerkontroll

### “Payment for performance”, exemplet HbA1c

Andel av de i NDR registrerade diabetespatienter som vid något tillfälle varje år uppnår målvärdet för Blodsockerkontroll,  $\leq 6\%$  för HbA1c:

- Målvärde andel
  - - 54 % 0 kr
  - 55 - 64 %; 5 000 kr
  - 65 % + 10 000 kr



# Hjärtsvikt

## Läkemedelsbehandling

Antal vårdenheter och deras andel av patienter behandlade med ACE/ARB + Beta-blockerare

Andel behandlade hjärtviktspatienter %	Antal vårdenheter			
	2007	2008	2009	Differens 2009-2007
≥60 %	6	9	9	+3
50-59 %	3	4	9	+6
40-49 %	6	5	2	-4
<40 %	7	4	1	-6
Totalt antal vårdenheter	22	22	21	-1

# Hjärtsvikt

## Resultatmått: Slutenvårdskonsumtion

### Exempel: “Payment for performance”, resultatmått

- Ersättning för **minskat** antal slutenvårdsdagar för patienter med huvuddiagnosen hjärtsvikt 150.0

- Hjärtsviktspatienter, genomsnittligt

antal vdg per patient och år

- Minskning

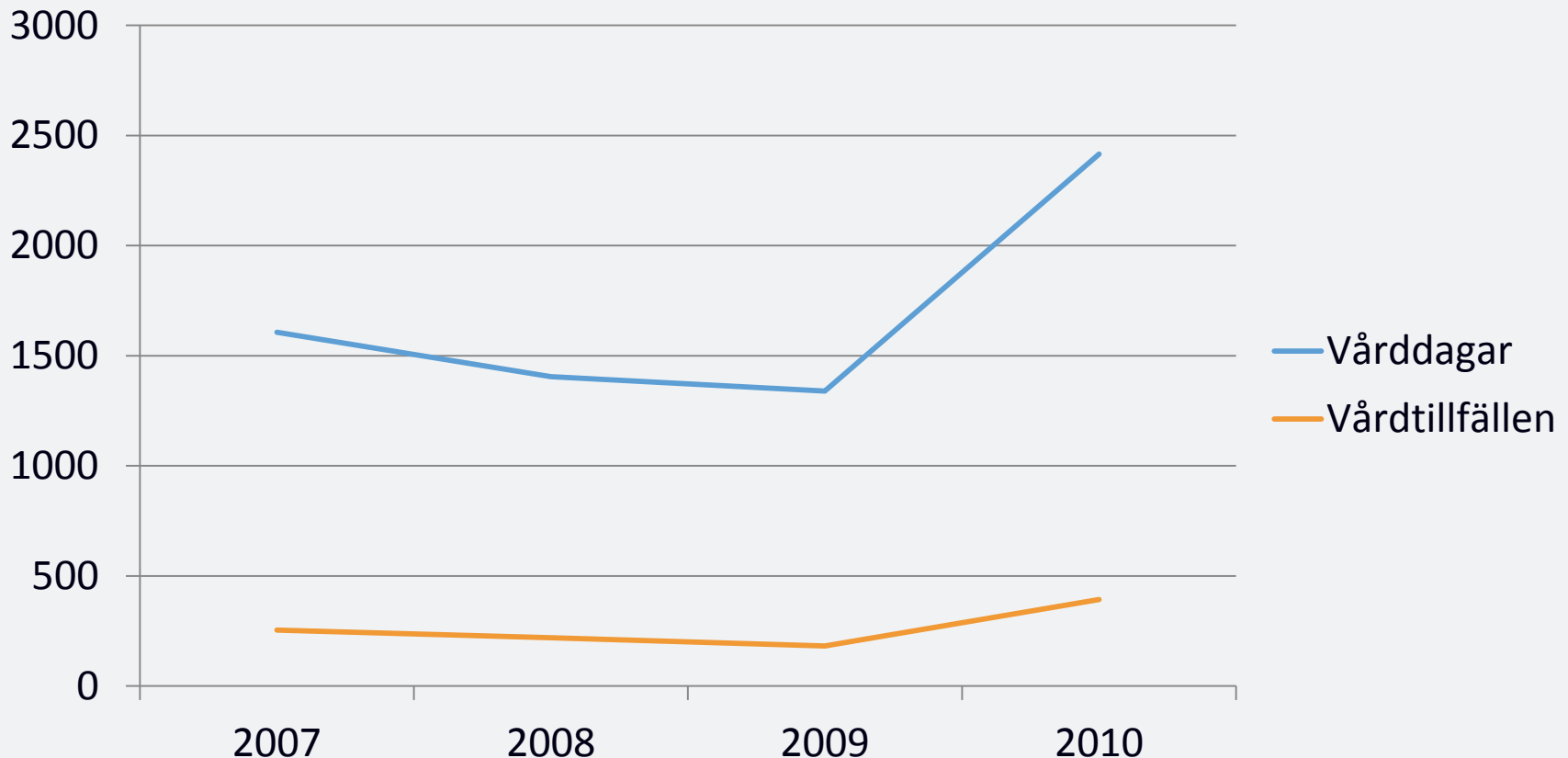
- Ökning eller oförändrat

Ersättning per år

5 000 kr

0

# Utvecklingen av antal vårddagar och vårdtillfällen i slutenvård i Q-svikt



# Svårigheter med resultatmått, exempel Vårddagar

Vårdenheterna för små enheter för att man ska kunna uppmäta utfall i slutenvården årligen?

Vårdcentralernas antal vårddagar varierar mycket beroende på slumpen

# Hjärtsvikt

## Livskvalitet/hälsa

Exempel: “Payment for registration” initialt innan det går att använda som resultatmått

- Andel av resp VC/enhets diagnosticerade hjärtsviktspatienter yngre än 85 år som ingår i Q-sviktsregistreringen och där livskvalitet, EQ-5D registreras
- Täckningsgrad, EQ-5D:

	Ersättning, avser år 2
– 49 %	0 kr
– 50-69 %	3000 kr
– 70 % +	5 000 kr

# Hjärtsvikt

## Livskvalitet

EQ-5D medelvärde vid baseline 2008 och vid ett års uppföljning 2009

	Medelvärde baseline 2008	Medelvärde, ett års uppföljning 2009	Differens
Sjukhus	N=263	N=458	+195 (+74%)
EQ-5D	0,678	0,677	-0,001
Vårdcentraler	N=139	N=158	+19 (+14%)
EQ-5D	0,701	0,675	-0,026

# Hjärtsvikt

## Livskvalitet

EQ-5D medelvärde vid baseline 2008 samt vid ett och två års uppföljning

	Medelvärde baseline 2008	Medelvärde, ett års uppföljning 2009	Medelvärde , två års uppföljning 2010
Sjukhus och Vårdcentraler tillsammans			
EQ-5D	0,69	0,65	0,67

## Svårigheter med resultatmått: Exempel EQ-5D = Livskvalitet/Hälsa

Ersättningen utgår med hänsyn till hälsans medelvärde på vårdenheten olika år

Ökat medelvärde på hälsan kan skapas genom förbättrad hälsa (minskad sjukdomsprogression) eller genom att rekrytera friskare patienter/bli av med sjuka patienter

År 1	2	3	4	5	6	7
0,9	0,8	0,7				
	0,9	0,8	0,7			
		0,9	0,8	0,7		
			0,9	0,8	0,7	
				0,9	0,8	0,7
Medelvärde På hälsan		0,8	0,8	0,8		

# Erfarenheter från ersättningsmodell för P4P Q-svikt & Q-diabetes

- 1) Ersättning för processmått lättare än resultatmått. Ett tvådelat ersättningsystem, d v s båda måtten bör användas!
- 2) Ersättning för uppnådda resultat fungerar relativt bra när det finns etablerade resultatmått , t ex surrogatmått som HbA1c, SBP, TChol etc., i registrering
- 3) Det stora problemet är att identifiera resultatmåtten, jfr med  
-endpoints i RCT, t ex time-to-progression, overall survival, minskad slutenvård  
-patient preferenser som t ex livskvalitet (EQ-5D)  
ökad tillgänglighet, valmöjligheter, omvårdnad
- 4) Utfallet måste relateras till patienternas initiala hälsa och denna måste mätas över tiden, t ex med hjälp av kvalitetsregister

# Erfarenheter från ersättningsmodell för P4P Q-svikt & Q-diabetes (forts)

## Ersättning per vårdenhet (vårdcentral eller sjukhus)

Alternativ:

1) Fee-for-service system, d v s ett ersättningssystem baserat på produktion av processer. Ja, om sjukvårdshuvudmannen har fullständig kunskap om den individuella produktionsfunktionen för hälsa så bör det ge lika bra resultat eller bättre än P4P-baserat ersättningssystem. I den bakom P4P är att man ska kunna tjäna pengar på god kunskap om den individuella produktionsfunktionen. Därigenom stimuleras vårdgivarna att förbättra sin kunskap.

2) Ersättningen knyts till patienterna med ett kostnadsansvar för vårdcentralerna över tiden, t ex **diabetes** 5 års kostnadsansvar för all diabetesvård under denna tid. Skulle ge incitament att optimera vården. För **hjärtsvikt** skulle det kunna innebära förutbestämd ersättning per patient så länge EQ-5D inte understiger viss värde. Skulle ge incitament att ge god vård länge så inte ersättningen bortfaller.