



# Er værdibaseret styring fremtiden?

## KRONIK

Afregningssystemet på sygehusene er ved at blive ændret – i stedet for at belønne produktion skal det nu være kvaliteten, der belønnes. Det lyder jo godt. Men de internationale erfaringer er langt fra positive. I Sverige udtalte læger på Karolinska kort før jul stærk kritik af et tilsvarende initiativ.

### Dato

2. Feb 2017

Laeger.dk og Ufl nr. 3 2017

Forfattere

Professor Kjeld Møller Pedersen, Syddansk Universitet E-mail: kmp@sam.sdu.dk Interessekonflikter: ingen

🗨️ 0

Danske Regioner og andre ser værdibaseret styring som en delvis afløser for DRG og produktivitetskrav. Begge dele påvirker angiveligt – videnskabeligt udokumenteret – kvaliteten i negativ retning. Ifølge en undersøgelse op til FAS' årsmøde i 2015 fremmer de nuværende styringsmodeller på sygehusene ikke kvalitet, og man efterlyste afregningssystemer, der honorerede kvalitet og ikke kvantitet – en tanke, som for alvor blev introduceret i 2011 med Danske Regioners pjece om kvalitet i sundhed.

Spørgsmålet er, om værdibaseret styring er vejen frem. To svenske forskere har kaldt idéerne for en pseudoinnovation [1] – et forbigående modefænomen, som fortalere sjældent kender i detaljer. På dette grundlag kan konceptet dog ikke med rimelighed udelukkes, og det taler heller ikke imod, at idéerne

ikke rigtig er implementeret nogen steder, endsi­ge at der ikke er publiceret videnskabelige artikler med resultater. Det er alt sammen stort set uprøvet – men javel: Det samme gælder for mange andre styringsidéer, f.eks. de otte nationale mål for sundhedsvæsenet som grundlag for fremtidens kvalitetsmodel.

Det værdibaserede sundhedsvæsen har tre omdrejningspunkter:

- 1) Måling af *outcome* (sundhedsstatus- og forbedring) ud fra patientens perspektiv
- 2) Værdibaseret afregning
- 3) Et organisatorisk princip med forløbsorganisering.

Der er tre andre elementer i standardforståelsen, bl.a. en it-infrastruktur og tanken om et integreret sundhedsvæsen. Hovedkilden er Michael Porters & Elizabeth Teisbergs 2006-bog "Redefining health care – creating value-based competition on results" og artikler i New England Journal of Medicine [2] og Harvard Business Review [3]. Michael Porter er verdenskendt for sit arbejde med konkurrence og strategi – alle andre steder end sundhedsvæsenet. Teisberg har samme baggrund, og begge er uden stort indblik i sundhedssektorens problemstillinger, men måske skal nytænkning netop komme udefra?

Deres værdiforståelse stammer fra markedsføringstænkningen, hvor det grundlæggende altid drejer sig om at skabe værdi for kunden, uanset hvilke ydelser der er tale om, og overført til sundhedsvæsenet er det naturligst at tolke værdi som forbedring af sundhedsstatus for patienterne. Kunden/patienter er altid i centrum.

- "Værdibaseret styring fortjener en kritisk vurdering. Men et paradigmeskifte, hvor det bliver en (delvis) afløser for DRG, sker helt sikkert ikke nu og måske aldrig"

## Ingen kritik

Det er bemærkelsesværdigt, at der endnu ikke findes systematisk kritik af *value-based healthcare*. Det kan skyldes, at en række af idéerne er indlysende "rigtige": Hvem kan være uenig i, at det drejer sig om forbedring af patienternes helbred, og at afregning i det mindste delvist bør kobles til kvalitet? En anden forklaring er, at "værdi" appellerer til mange – og derfor med en mangfoldighed af mulige (mis)tolkninger. Værdi er jo noget, der kan tolkes forskelligt. En tredje forklaring på den manglende debat er ikke mindst, at konceptet endnu kun få steder er omsat til praksis. Det sidste fremgår tydeligt af en 2016-analyse fra the Economist Intelligence Unit [4].

Karolinska Universitetssjukhuset har taget mange af idéerne til sig, men i november måned 2016 kom der markante meldinger fra lægeside og øvrige fagforeninger om at stoppe indførelsen og ønske om afskedigelse af Boston Consulting Group, som har været en markant markedsfører af *value-based healthcare* [5].

## Værdibaseret afregning

Hvad er værdibaseret afregning, og er det så veludviklet, at det kan afløse DRG/DAGS-systemet? Det korte svar på det sidste er nej, og svaret på det første er, at det ved nærmere eftersyn ikke er så nyt endda og på ingen måde færdigudviklet.

I den amerikanske version er værdibaseret afregning stort set lig med "*bundled payment*", hvorved forstås forløbsafregning – normalt for sygehuse, men ideelt set også for andre organisatoriske enheder. Men her skal man være opmærksom den amerikanske kontekst, hvor DRG-takster f.eks. ikke omfatter lægeomkostninger, hvorved *bundling* i betydelig grad reduceres til bare at medregne lægeomkostninger og de ambulante ydelser, der ofte leveres uden for sygehuse i store speciallægeklinikker. I det hele taget er forståelse for national kontekst vigtig, når man – nok for ukritisk – vil overføre udenlandske idéer og erfaringer til en konkret national sammenhæng. I Danmark ville *bundling* derfor oftest være lig med DRG + DAGS og dermed hele sygehusforløbet, uanset at der også undertiden tales om kommuner og almen praksis, men da langt fra al sygehusbehandling involverer f.eks. kommuner, mister det mening at gøre forløbstakster så brede.

Ser man på de svenske erfaringer i en række forsøg i syv len, består værdibaseret afregning af en tredelt takst:

- 1) En basispakke, som reelt består af DRG-taksten plus ambulante før- og efterkontroller (DAGS): "*vårdeepisode ersättning*"
- 2) En garantibetaling, der er en slags "forsikringspræmie", som garanterer behandling for komplikationer m.m. inden for en tidsperiode, typisk 1-2 år
- 3) En komponent, der honorerer forbedring i sundhedstilstand – hvad der i anden sammenhæng kaldes for "*pay-for-performance*" (P4P) – en kvalitetsbonus, der afhænger af realiserede *outcome*-forbedringer. De to sidste komponenter udgør under 15% af den samlede takst, og hvor kun P4P har direkte relation til *outcome*. Med andre ord vil afregningen fortsat være drevet af aktivitet. De internationale empiriske erfaringer med effekt af P4P er i øvrigt stærkt blandede og aldrig markant positive.

Porter præsenterede et svensk eksempel om rygkirurgi i København i november 2014. Taksten havde de tre nævnte komponenter: 1) en grundydelse på 42.044 SEK, 2) en garantibetaling på 4.357 SEK og 3) en P4P-komponent på 3.136 SEK. Den første komponent svarer i realiteten til DRG + DAGS og omfatter f.eks. ikke kommunale sundhedsydelser. Komponenterne 2 og 3 svarer tilsammen til ca. 16% af basispakken. I andre eksempler og i USA's Medicare tales der om < 3% for P4P, der efterbetales en tid efter udskrivning. Der arbejdes endvidere med risikostyring, typisk baseret alder, hvilket er almindeligt i de svenske DRG-ordninger, der i modsætning til de danske ikke har ens nationale takster.

## Outcome

Omdrejningspunktet for *value-based healthcare* er behandlingsresultat (*outcome*). Hvis man meningsfyldt skal tale om værdibaseret afregning, kræver det *outcome*, om end rollen vis-a-vis udformningen af afregningssystemet dybest set er marginal, nemlig som en art beskeden P4P.

I Danmark er der arbejdet med *outcome*, kaldet PRO-data (Patient Reported Outcome Data), som "er data om patientens helbredstilstand, herunder fysiske og mentale helbred, symptomer, helbredsrelateret livskvalitet og funktionsniveau. PRO-data er rapporteret direkte af patienten". Det handler ikke om tilfredshed med og oplevelse ved behandling. Denne afgrænsning i en rapport fra Trygfonden og ViBIS flugter næsten perfekt med forståelsen i *value-based healthcare* samtidig med, at målet med anvendelse af PRO-data er at styrke inddragelse af patienter i deres eget forløb og i kvalitetsudviklingen af sundhedsvæsenet.

I PRO-PROM (Patient Reported Outcome Measures)-rapporten skelnes der mellem brug på individ- og populationsniveauet. På individniveauet kan PRO-data bruges i klinisk sammenhæng til f.eks. at målrette en diagnostisk udredning og forbedre behandlingen og til at inddrage patienter i egen

behandling. Der er ikke tvivl om, at det er interessen herfor, der driver patientorganisationernes interesse for PROM.

På populationsniveau er der tre anvendelser af aggregerede PROM-data for patientgrupper i forbindelse med forskning, sådan som man gør det rutinemæssigt i kliniske forsøg (typisk såvel generiske (SF36/12, EQ-5D, 15D) som sygdomsspecifikke) og i kliniske databaser. Den porterske forståelse af *outcome* er utvivlsomt populationsniveauet.

Discussion paper med 84 referencer kan downloades fra [www.cohere.dk](http://www.cohere.dk) (discussion papers)

BLAD NUMMER:

**3/2017**

### **LITTERATUR**

1. Fredriksson JJ, Ebbevi D, Savage C. Pseudo-understanding: an analysis of the dilution of value in healthcare. *BMJ Qual Saf* 2015;24:451-7.
2. Porter ME: What is value in health care? *N Engl J Med* 2010;363:2477-81.
3. Porter ME, Kaplan RS. How to pay for health care. *Harvard Business Review* 2016;94:88-98.
4. The Economist Intelligence Unit. Value-based healthcare: a global assessment. London: The Economist Intelligence Unit, 2016.
5. Gustafsson A. Läkarfacket på Nya Karolinska kräver stopp för ny vårdmodell. *Dagens Nyheter*, 18. nov 2016.