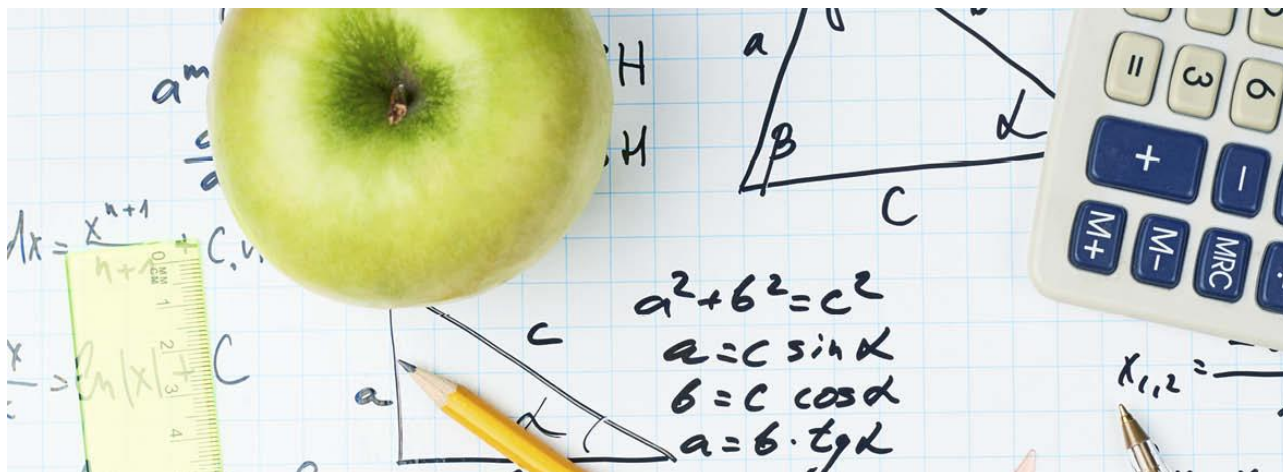


COHERE - Centre of Health Economics Research



Værdibaseret styring. Er det smitsomt?

Value based health care and reimbursement: Is it contagious?

By:

Kjeld Møller Pedersen, Department of Business and Economics, University of Southern Denmark – COHERE

COHERE discussion paper No. 3/2017

FURTHER INFORMATION
Department of Business and Economics
Faculty of Business and Social Sciences
University of Southern Denmark
Campusvej 55,
DK-5230 Odense M Denmark
www.cohere.dk
ISSN 2246-3097

Indhold

Sammenfatning	2
Abstract	4
Indledning.....	6
Baggrund: Kritikken af DRG og NPM.....	8
Værdibaseret styring i udlandet	9
Boston	9
Stockholm	11
Medtronic og The Economist Intelligence Unit	11
USA.....	12
Ingen kritik?.....	13
Pseudo-innovation?.....	14
Værdibaseret styring i Danmark	15
Værdibaseret afregning.	18
Den svenske Sveus-model	20
Medicare-modellen for 'bundled payment' og øvrige amerikanske erfaringer.....	22
OECD: Better ways to pay for health care ⁷²	23
Danske overvejelser om værdibaseret afregning.....	24
Omkostningsberegning: time driven ABC.....	25
Sammenfattende om værdibaseret afregning	26
Outcome.....	27
Arbejde med outcome i Danmark.....	28
'Uden værdi'	30
Diskussion	31
Er alt da godt ved det nuværende styringsregime?.....	32
Hovedpunkter	36
Litteratur	38

Sammenfatning

Det værdibaserede sundhedsvæsen har tre omdrejningspunkter: 1. Måling af outcome ud fra patientens perspektiv, 2. Værdibaseret afregning og 3. Et organisatorisk princip vedrørende forløbsorganisering. Det sidste er ikke diskuteret i denne analyse. Der er tre andre elementer i standardforståelsen, jfr. Porters afgrænsninger: it-infrastruktur, befolkningsunderlag og tanken om et integreret sundhedsvæsen. Disse elementer diskuteres heller ikke.

Konceptet/forståelsesrammen har hidtil ikke været udsat for en kritisk vurdering. Dette er derfor ét af hovedformålene med denne analyse. Der er tale om en todelt tilgang: En analyse af, hvordan ideen er blevet spredt, og en gennemgang og vurdering af arbejdet med værdibaseret afregning og outcome.

Forståelsen af 'værdibaseret' i nærværende analyse følger Porters tænkning. Den porterske værdiopfattelse følger værdiopfattelsen i det almindelige forbrugermarked: 'det som forbrugeren mener giver værdi', og som i sundhedsvæsenet antages at være forbedret sundhedstilstand

Spredningen af ideerne har to byer som udgangspunkt: Boston (Harvard Business School, Porters Institute for Strategy and Competitiveness, Boston Consulting Group og to ledende medicinske tidsskrifter) og Stockholm (konsulentfirmaet IVBAR, Institute for value based research), det IVBAR-understøttede SVEUS-initiativ samt Karolinska Sygehus/Institut. Spredningen synes i et vist omfang at være baseret på en ufuldstændig forståelse af konceptet hos nogle af fortalernes, det man kalder en pseudo-innovation. Den danske forståelse har rod i IVBARs arbejde for Danske Regioner.

Det empiriske grundlag for konceptet er beskedent, men markedsføring af nogle få eksempler massiv – både fra Boston og Stockholm. De svenske SVEUS-forsøg er fortsat ikke understøttet af videnskabelige publikationer, men af PowerPoint-præsentationer med delvist udokumenterede udsagn om betydelige økonomiske gevinster.

Den anvendte svenske værdibaserede afregningsmodel består af tre komponenter: 1. Forløbsbaseret takst, der reelt set er lig med DRG+DAGS, dvs. alene sygehusforløbet. 2. Et (mindre) 'garanti-beløb' for at varetage behandlingen i en vis periode efter udskrivning og 3. En (mindre) P4P-komponent. Afregningen er reelt set fortsat aktivitetsbaseret.

De seks danske forsøg har ikke stor lighed med konceptet bag det værdibaserede sundhedsvæsen og savner et fælles grundlag og en klar retning. Det er ikke nok med 'de tusind blomster'.

Et nyt december 2016-oplæg om værdibaseret styring fra Danske Regioner peger på særskilte afregningsmodeller for kronikere, elektive (ortopædkirurgiske) patienter, akutte patienter og højt specialiserede patienter. Koblingen til 'værdibaseret' finder man alene i P4P-komponenter, ligesom der peges på forløbstakster.

Outcome-tænkningen følger Porters 3-niveau opdeling med outcome forstået som sundhedsstatus på toppen og det langsigtede resultat som niveau 3, medens niveau 2 indeholder de procesrelaterede udtryk. Det danske PRO-PROM-program ligner grundlæggende outcome-tænkningen bag det værdibaserede sundhedsvæsen med den forskel, at PRO-PROM-programmet har en klinisk anvendelse i tankerne og ikke den systembaserede anvendelse (for patientgrupper), som ligger i Porter-tænkningen. Udfordringen for det danske PROM-projekt vil være at undgå at genopfinde den dybe tallerken, dvs. at huske at bruge velvaliderede generiske og sygdomsspecifikke spørgeskemaer uanset graden af patientinvolvering ved den oprindelige skemaudvikling.

Værdibaseret styring er ikke p.t. på nogen måde et alternativ til DRG/DAGS-styring, men dette system er på ingen måde perfekt. Kunsten er undgå at rette smed for bager – hvilket nok er, hvad der sker i dag.

Key words: Value based health care, value based payment, outcome

JEL classifications: I11; I18;

Abstract

Value based health care and reimbursement

The current fashion in health policy is value based health care in the sense that Michael Porter has introduced, starting with his 2006-book on Redefining Health Care – Creating Value-based competition on results. The question is: Is it a genuine innovation, or is it a quasi-innovation that is easily misunderstood or misapplied and will fade away in a very few years to be substituted by a new fad?

Surprisingly, value based health care has not yet been subject to critical scrutiny. This working paper has three aims: A rather critical appraisal along with a very rare undertaking in health policy analysis: The tracing of how an idea/concept has been spread and promoted (who, where, how) internationally and in Denmark. The third aim is to look at relevance for Danish health care by asking: Is it an alternative to the current activity based reimbursement regime: DRG-based reimbursement, and will the outcome-focused approach put the patient first and in the center (patient-focused health care)? The brief answers to the two questions are: No and yes respectively.

Value based health care has three main components: 1. Focus on outcome (health status changes), 2. Value based reimbursement, and 3. The organization of health care along diagnostic/disease lines (Integrated Practice Units). To this can be added, for instance, the need for an IT infrastructure. Only 1 and 2 are addressed here.

The promotion of the concept has been located in two cities: Boston and Stockholm. In Boston, Porter's Institute for Strategy and Competitiveness, Boston Consulting Group along with the New England Journal of Medicine have been instrumental in spreading the thinking, and tireless promotion by Porter himself, occasionally in tandem with Robert Kaplan. In Stockholm, the consulting house IVBAR with good ties to Porter and the Karolinska Institute/Hospital has been instrumental and the consortium Sveus (7 counties that to varying degrees experiment with some of the ideas), essentially supported and managed by IVBAR which manages the homepage of Sveus. In Denmark, the idea has been promoted by Danish Regions with support from IVBAR – though, in fairness it should be noted that the 2011-pamphlet on Quality Based Health Care was the independent starting point by establishing an agenda of 'quality – not quantity'.

One particular challenge posed by an essentially American developed concept is to distinguish purely American issues from the more universal relevance. For instance, the idea of bundling of services in a US context is marred by the fact that the Medicare DRG rates do not include physician

payment, which for instance is the case in Denmark – where DRG is hence (possibly along the DAGS for ambulatory hospital treatment) essentially bundled services in a hospital context – hence to a considerable degree diminishing the novelty of bundling. Examples like these abound – requiring the reader to have a good understanding of both the US and the national context.

Value based reimbursement has three components (at least judging from the Swedish examples within eight diagnoses – with spine surgery, hip and knee replacement as the most frequently promoted, also by Porter): Bundled payment; a warranty component and a P4P-component, with the last two components making up less than 10% of the total reimbursement – and lacking arguments for how to calculate these two components. The costing of the bundled payment apparently ought to be done using time based ABC a la modum Kaplan. Claims about savings using bundled payment are not substantiated in a causal sense.

Six Danish pilot studies of value based health care are discussed briefly noting that the relationship to the concept is very weak. A recent working paper from Danish Regions looks in some detail at value based reimbursement – with P4P being the link to ‘value based’.

The outcome dimension is addressed in a Danish context by reference to an ongoing promising project about PRO and PROM data. However, many loose ends remain – in particular with regard to the applicability at the population level. In addition, there is a need for coupling this patient centered outcome approach to the existing clinical quality databases and the recently introduced eight national objectives for the Danish health system.

Key words: Value based health care, value based payment, reimbursement, outcome

JEL classifications: I11; I18

Indledning^a

Hvis noget skal fænge, skal det appellere til mange, og det gør 'værdibaseret'. Værdibaseret styring er den nye sort anno 2016/2017. Problemet er blot, at det så bliver et uklart begreb uden analytisk værdi: Er værdi lig med behandlings-outcome, mine personlige værdier som patient og borger, overordnede værdier som lige adgang til behandling osv.? En debat ender derfor let med at blive 'goddag mand, økseskaft'. Value based health care, value based pricing, value based purchasing ... man foranstiller 'value', og straks er der positive associationer hos alle, især hvis det potentielt samtidig kan afløse noget, man finder uhensigtsmæssigt.

Er værdibaseret styring blot varm luft, eller har det potentiale til fx helt eller delvist at erstatte det forkætrede DRG-system, som nogle mener, er (for) aktivitetsfokuseret² og måske endda i sig selv skaber unødvendig aktivitet³? Kan man i stedet sætte kvalitet og ikke aktivitet i centrum, skabe et (mere) patientcentreret sundhedsvæsen, (mere) sammenhængende patientforløb osv.? Spørgsmålet er, om værdibaseret styring er mere end endnu en pseudo-innovation⁴ – en forbigående mode-ide?

Der er mange forhåbninger og beskeden viden. Jo flere mål, jo mere urealistisk: En styringsmetode kan ikke være lige relevant og virkningsfuld for alt. En vigtig forudsætning for det hele er dog, hvad man mere præcist skal og kan forstå ved konceptet, og i hvilket omfang det kan fjerne nogle af dårligdommene ved det nuværende styringsregime, som bl.a. er karakteriseret ved udstrakt brug af afregning, baseret på DRG og DAGS, og som angiveligt har ført til overdreven fokus på aktivitet på bekostning af kvalitet³.

Én af udfordringerne ved at vurdere nye koncepter består i at afskrælle den nationale kontekst. Værdibaseret styring er amerikansk og har derfor det amerikanske sundhedsvæsen som bagtæppe. Det diskvalificerer på ingen måde, men kender man ikke det amerikanske sundhedsvæsen, er fejlslutninger vedrørende relevans andre steder en risiko. Hertil kommer at man for at kunne vurdere relevans i en konkret national kontekst også skal kende dette i detaljer. Et eksempel vedrørende 'bundled payment' nedenfor illustrerer dette: Hvorved et det forskelligt fra DRG i henholdsvis USA, Danmark og Sverige?

Det er også en metodisk udfordring at undgå at komme til at opbygge en stråmand af et koncept, som bliver vurderet kritisk, for derefter at slå stråmanden til jorden. Derfor præsenteres Porters

^a Professorerne Mickael Bech og Jakob Kjellberg og seniorprojektleder Bettina Højgaard, alle KORA, takkes for gode kommentarer. Det samme gør økonomidirektør Rikke Margrethe Friis, Danske Regioner. Jeg kan dog i sagens natur ikke tage dem til indtægt for synspunkter i dette paper.

ideer om value based health care⁵⁻¹⁸ relativt tekstnært med flittig brug af citater, men hvor der dog ses bort fra Porters italesættelse af øget konkurrence. Gjorde man ikke dette, ville det være for let at rejse den nævnte stråmand. Det er naturligt at vælge den Porterske variant, fordi konceptet, uagtet svagheder, fremstår rimeligt afrundet i Porters mange publikationer. Det er ikke tilfældet i andre fremstillinger. Det er op til læseren at afgøre, om det er lykkedes.

En anden udfordring er at undgå at fortegne billedet af, hvad intentionen og forventningerne er i Danmark. Der kan skelnes mellem to scenarier: At man nogle steder ser værdibaseret styring/værdibaseret afregning som en fuldgyldig arvtager til bl.a. DRG/det nuværende styringsregime, eller et scenarie, hvor der fx kun fokuseres på outcome-delen eller værdibaseret afregning. Dette scenarie rejser spørgsmålet om, hvad man kan opnå herved, når forventningerne om effekter i princippet er en funktion af hele pakken.

I det følgende vil ideens/konceptets/forståelsesrammens oprindelse og spredning blive beskrevet, ligesom der vil blive givet grundlæggende definitioner. Grundtænkningen vil blive vurderet kritisk – især med et blik på, om det er et styringskoncept, der kan afløse det nuværende for sygehusene.

Sundhedspolitik har det selvsagt interesse at belyse og forstå, hvad der er drivkræfterne bag formidling og spredning af nye koncepter og evidens herom. Fortalerne forsøger dels at sætte en kritik-dagsorden, dels at skitsere et alternativ. Udfordringen bliver i analytisk henseende at vurdere berettigelsen af kritikken og holdbarheden af alternativerne, her altså værdibaseret styring. Det første skitseres kort, medens spredning og vurdering af værdibaseret styring har den største vægt.

Baggrund: Kritikken af DRG og NPM

En del af interessen for værdibaseret styring og især værdibaseret afregning finder man i en kritik af DRG-systemet. En række kritikpunkter og muligt respons er sammenfattet i tabel 1.

Tabel 1: Kritikpunkter af DRG-systemet

Påstand	Hvad ved vi?
”Den DRG-drevne aktivitet går ud over kvaliteten. - Mere volumen giver dårligere kvalitet”	Ikke meget. Anekdoter, ingen empiriske undersøgeleer
”DRG-styring øger aktiviteten mere end under rammestyling”	To undersøgelser fra midt ‘00erne peger ikke i den retning
”Undgå at omstille fra stationær til ambulat behandling, fordi aktivitetsværdien vil falde”	Vi har ‘gråzone-takster’ og den fortsatte dokumenterede overgang til ambulat behandling peger ikke i den retning
”Aktivitetsbaseret finansiering er med til at fastholde gammelkendte behandlingsmønstre”	Ingen dokumentation – kun enkelte anekdoter
”Et udynamisk DRG-system hindrer indførelse af nye behandlingsformer, fx telemedicin”	Måske – men ikke et dokumenteret stort problem – måske snarere undskyldning
”Sørg for at en patient, der har behov for flere ambulante undersøgelser, kun får et tilbud pr. dag. Ellers falder aktivitetsværdien”	Der er kasuistikker ... MEN der er jo lavet ‘pakke-takster’

Kilde: Sammenstykket fra Pedersen 2015³, hvor udsagnene er dokumenteret

Hovedoverskriften i kritikken af DRG har i de senere år været, at det fremmer (énsidig) fokus på aktivitet på bekostning af kvalitet. Dette kan man kombinere med en parallel kritik af new public management, NPM. Nogle opfatter brugen af DRG som en del af NPM – dog ikke nærværende forfatter. NPM-temaet forfølges ikke nærmere her, men der kan henvises til kapitel 11 om Styringsperspektivet i bogen om hospitalsledelse¹⁹ og en artikel fra min hånd²⁰.

Når nye styringsideer dukker op, er det normalt med baggrund i en kritik af det eksisterende, uanset om italesættelsen af kritikken har rod i foreliggende evidens. En kritik kan være så vedvarende, at den gradvist bliver til en (udokumenteret) sandhed – næsten socialkonstruktivistisk – fx at DRG-systemet fremmer uhensigtsmæssig aktivitet og går ud over kvalitet. Når der så samtidig kommer tanker om det værdibaserede sundhedsvæsen på banen med løfte om at gøre op med nogle af ulemperne ved det eksisterende styringsregime, bliver det jo et tillokkende alternativ med en overskrift som ’kvalitet ikke kvantitet’.

Værdibaseret styring i udlandet

Boston

Ideen om 'Value based health care' går tilbage til Porters og Teisbergs 2006-bog om 'Redefining health care – creating value-based competition on results'¹⁷. Michael Porter er verdenskendt for sit arbejde med konkurrence og strategi – alle andre steder end i sundhedsvæsenet. Teisberg har samme baggrund, og begge har rødder på Harvard Business School og uden stort indblik i sundhedssektorens problemstillinger, men måske skal nytænkning netop komme udefra? Mit eget bogeksemplar blev i første omgang sat på hylden med et vris om amerikansk sundhedsvæsen og konkurrence – uagtet forfatterens påstand om universel gyldighed samtidig med, at budskabet var ret banalt og forhåbentlig selvindlysende: Vi skal fokusere på det sundhedsmæssige udbytte for patienterne – dette er jo det centrale for patienterne – og omkostningerne ved at virkeliggøre det: "Value in health care is the health outcome per dollar of cost expended" (p. 4), som er den grundlæggende definition.

Gentaget igen og igen, fx i 2010: "Achieving high value for patients must become the overarching goal of health care delivery, with value defined as the health outcomes achieved per dollar spent"⁸.

Og uddybende:

"Value should always be defined around the customer, and in a well-functioning health care system, the creation of value for patients should determine the rewards for all other actors in the system. Since value depends on results, not inputs, value in health care is measured by the outcomes achieved, not the volume of services delivered, and shifting focus from volume to value is a central challenge. Nor is value measured by the process of care used; process measurement and improvement are important tactics but are no substitutes for measuring outcomes and costs. Since value is defined as outcomes relative to costs, it encompasses efficiency. Cost reduction without regard to the outcomes achieved is dangerous and self-defeating, leading to false "savings" and potentially limiting effective care."

Der er næppe nogen i sundhedsvæsenet, der er uenige. Lidt retorisk; Er der nogen, der er uenige i, at det drejer sig om forbedring af sundhedstilstanden, og at (unødvendig) aktivitet ikke kan være et mål i sig selv – selv ikke for at skabe indtægter? Spørgsmålet er, om det kan omsættes til en brugbar operationel styringsmodel for sygehus- og sundhedsvæsenet, og i hvilket omfang det kan erstatte det eksisterende styringsregime.

Selve ideen om 'værdi for kunden/patienten' stammer fra almindelig markedsføringstænkning, hvor det grundlæggende altid drejer sig om at skabe værdi for kunden, uanset hvilke ydelser der er tale om, jfr. citatet i foregående afsnit og her blot overført til sundhedsvæsenet og naturligt tolket som sundhedsstatus.

Sundhedsøkonomer genkender den grundlæggende definition som omkostnings-effekt-princippet. Det har ifølge Porter og Teisberg en lang række konsekvenser – fra at afregning skal være værdibaseret i form af bl.a. såkaldt 'bundled payment', som diskuteres nedenfor, – hvordan vi organiserer sundhedsvæsenet, nemlig baseret på diagnosespecifikke patientforløb (Integrated Practice Units). Dette er samtidig de tre grundkomponenter i den brede forståelse af value-based health care.

Det tog lidt tid, inden konceptet slog en smule an, men med artikler i 2008, 2009 og 2010 i førende medicinske tidsskrifter – interessant nok også lokaliseret i Boston, hvor Harvard University ligger – har ideerne spredt sig⁶⁻⁸, samtidig med at det Porter-drevne Harvard Institute for Strategy and Competitiveness på Harvard tog sundhedsområdet på programmet, inkl. etablering af International Consortium for Health Outcomes Measurement, der har Karolinska og Boston Consulting Group som partnere.

Porter har forsøgt at vise, at det er kuren for det amerikanske sundhedsvæsen¹³, hvordan value based styring kan bruges i det tyske sundhedsvæsen¹⁰, og hvordan det også kan anvendes i primærsektoren¹⁵ (forstået i amerikansk forstand). Senest har han præsenteret tænkningen for OECD⁹ i form af et standardforedrag, som i store træk også blev præsenteret i Danmark i november 2014, og i sin grundform ligger på hans instituts hjemmeside.

Ét af de store globale konsulenthuse, Boston Consulting Group, tog ideerne til sig og oprettede Center for Health Care Value, og én af de stærkeste fortalere er lokaliseret på kontoret i Stockholm. I 2010 udgav Stockholm-kontoret rapporten From concept to reality. Putting value based care into practice in Sweden²¹. Boston Consulting Group har i Sverige især arbejdet sammen med Sahlgrenska Hospital i Göteborg og prøver at gøre hospitalet til en model for det værdibaserede hospital²². Boston Consulting er også involveret i at gøre Karolinska Universitetssygehus til et værdibaseret hospital baseret på en reorganisering svarende til nogle af Porters ideer om forløbsorganisering – kaldet temaorganisering på Karolinska Universitetssygehus²³. Det har dog rejst en del intern kritik²⁴ fra stort alle fagforeninger og krav om stop og afskedigelse af Boston Consulting Group²⁵. Produktionsdirektøren på Karolinska kom direkte fra en stilling hos Boston Consulting Group.

Stockholm

I Stockholm findes et andet konsulentfirma, IVBAR (Institute of value based Research), med rødder på Karolinska, hvor IVBAR-direktøren er indskrevet som ph.d.-studerende. IVBAR har stærke forbindelser til Porter og formidlede bl.a. et Porter-foredrag i København ultimo 2014. IVBAR fortæller på hjemmesiden, at de har “supported Danske Regioner to develop a strategy and roadmap on how to transform Danish healthcare to adopt a value-based governance model in the healthcare system”. Der henvises formodentlig til en rapport fra 2015²⁶.

IVBAR er den praktiske drivkraft bag Sveus, Nationell samverkan för värdebaserad ersättning och uppföljning i hälso- och sjukvård, hvor der arbejdes med 12 diagnosespecifikke delprojekter fordelt på 7 len. Projekterne dækker kirurgi (hoft, knæ, ryg, fedme), intern medicin (diabetes, hjerneblødning) og fødsler. Der fokuseres på måling af outcome – ret simple mål, typisk smerte og fysisk funktion – og værdibaseret afregning. Omtalen, provokeret af bl.a. Porter og Boston Consulting Group, står ikke mål med de p.t. rapporterede videnskabelige resultater. Faktisk er det mere end svært at finde peer-reviewed artikler – uagtet udsagn om betydelige omkostningsreduktioner m.m. Man kan dog købe en case på Harvard Business School²⁷ om OrthoChoice: Bundled Payments in the County of Stockholm forfattet af amerikanere. Det er mere end tvivlsomt, om sådan en undervisningscase gør det ud for videnskabelig evidens. En stor del af materialet – i overensstemmelse med case-tænkningen – bruges på at give baggrund om fx det svenske sundhedsvæsen og situationen i Stockholm Amt.

Medtronic og The Economist Intelligence Unit

Den verdensomspændende medicotekniske virksomhed Medtronic har i 2015 og 2016 sponsoreret forskelligt arbejde om value based health care. Det drejer sig bl.a. om en analyse fra the Economist Intelligence Unit²⁸, som så på den globale udbredelse af value based health. I analysen indgik fire komponenter: 1. Otte indikatorer for ”Enabling context, policies and institutions for value in healthcare, 2. Fem indikatorer for ‘Measuring outcomes and costs, 3. To indikatorer for “Integrated and patient-focused care” og 4. To indikatorer for “Outcome-based payment approach”. Analysens hovedkonklusion var, at “the majority of countries are still in *the earliest* stages of aligning their health systems with the components of VBHC” (KMPs fremhævning). Sverige var det land, der var længst fremme, efterfulgt af England.

Medtronic oplyser på firmaets hjemmeside, at man også sponsorerer web-seminarer om value-based health care organiseret af Harvard Business Review og et Insight Center (hbr.org/insight-center/innovating-for-value-in-health-care). Centeret udgiver en række cases og artikler om value based health care.

USA

I USA har en del af tænkningen vundet indpas, primært den der drejer sig om værdibaseret afregning. Medicare har således fire værdibaserede ordninger¹, som med vanlig Portersk omtale giver indtryk af store ændringer ("The move toward "value-based reimbursement" is accelerating, which is an encouraging trend. And the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), to its credit, is leading the charge in the United States"¹¹).

De fire ordninger er: 1. Hospital Value-Based Purchasing (HVBP) Program, 2. Hospital Readmission Reduction (HRR) Program, 3. Value Modifier (VM) Program (also called the Physician Value-Based Modifier or PVBM) og 4. Hospital Acquired Conditions (HAC) Program.

Man skal dog meget tættere på for at afgøre, hvor afgørende ændringer der er tale om, jfr. omtalen ovenfor vedrørende behovet for at 'afskrælle' den nationale kontekst.

I virkeligheden erstatter man fx ikke den amerikanske variant af DRG (se tekst-ramme) med et nyt alternativ. I HVBP er der for praktiske formål tale om pay-for-performance, som fungerer som en procentvis bekedet kvalitetsbonus til DRG-taksten: 2-3 %.

Den amerikanske sundhedsminister beskrev i 2015 værdibaseret afregning i en artikel i New England Journal of Medicine: Setting Value-Based Payment Goals²⁹. Her skal man også indbagved for at gennemskue omfanget, ligesom man skal være opmærksom på, at det italesættes indenfor Obamas sundhedsreform (Affordable Care Act (ACA)). Det hedder bl.a., at “our target is to have 30% of Medicare payments tied to quality or value through alternative payment models by the end of 2016, and 50% of payments by the end of 2018”, p. 897. Der er utvivlsomt tale om de ovenfor omtalte ordninger, som i realiteten er pay-for-performance-ordninger (P4P).

Ser man på de første eksperimenter med P4P-ordninger i USA og i England, foreligger

der efterhånden viden om ef-fekten af 1-3 % kvalitets-bonus-ordninger fra forsøg i 2007 og fremefter: Ingen markante – og sjældent vedvarende – effekter³⁰⁻⁴¹.

Ingen kritik

Det er bemærkelsesværdigt, at der ikke er fremkommet systematisk kritik af og debat om value based healthcare. Det kan skyldes, at en række af ideerne er indlysende ’rigtige’, og ikke mindst at konceptet kun få steder er omsat til praksis, jfr. analysen fra the Economist Intelligence Unit, eller man har tolket det på sin egen måde. Eksempelvis udkom der i 2016 en gennemgang af studier af ’Financial incentives to encourage value-based health care’⁴², men som viser sig alene at dreje sig

Omtale af HVBP for (godt 3.000) sygehuse¹:

“We pay participating hospitals for inpatient acute care services based on the quality of care, not just quantity of the services they provide in a given performance period. The program:

- Withholds participating hospitals’ Medicare payments by a percentage specified by law.
- Uses the estimated total amount of those reductions to fund value-based incentive payments to hospitals based on their performance in the program.
- Applies the net result of the reduction and the incentive as a claim-by-claim adjustment factor to the base operating Diagnosis-Related Group (DRG) payment amount for Medicare fee-for-service claims in the fiscal year associated with the performance period.

What measures are used in the HVBP Program? The HVBP Program has 20 measures for FY 2013, 24 for FY 2014, and 26 for FY 2015. Each hospital may earn 2 scores on each measure—one for achievement and one for improvement. The final score awarded to a hospital for each measure is the higher of these 2 scores. We adjust a part of hospitals’ Medicare payments based on a total performance score that reflects, on a measure-by-measure basis:

- How well they perform compared to all hospitals, or
- How much they improve their own performance compared to their performance during a prior baseline period.

Går man dernæst ind og finder frem til, hvor stor en del af den samlede afregning, der er tale om, viser det sig, at den omtalte reduktion af DRG til finansiering af ’kvalitetsbonus’ (P4P) er på 1,75%, som altså er det beløb, der omfordeles ud fra outcome-resultater.

Outcome er en blanding af proces-og egentlige outcome-udtryk. I finansåret 2016, kom der fx tre nye til: 1. Influenza Immunization (Clinical Process of Care domain), 2. Catheter-Associated Urinary Tract Infection (Outcome domain), 3. Surgical Site Infection Colon Surgery & Abdominal Hysterectomy (Outcome domain)

om pay-for-performance (P4P)^b, som Porter har gjort meget ud af at understrege ikke er den model, han har i tankerne. Hans yndlingsmodel er 'bundled payment' – i det mindste i amerikansk sammenhæng – hvorved forstås forløbstakster, som ideelt set strækker sig over hele behandlingsforløbet (cycle of treatment)¹¹.

Der har dog været en vis debat i Sverige på Läkartidningens debatsider, men det kan ikke hævdes at være en systematisk og velargumenteret kritik⁴³⁻⁴⁶, og ofte blandes det værdibaserede sammen med, om det er et alternativ til new public management, NPM. Karolinska Universitetssygehus har taget mange af ideerne til sig, men i november måned 2016, kom der markante tilkendegivelser fra lægeside og øvrige fagforeninger om at stoppe indførelsen og et ønske om afskedigelse af Boston Consulting Group, som har været en markant markedsfører af value based health care²⁵. Endelig kan det nævnes, at den svenske lægeforening i et debatoplæg⁴⁷ har været kritisk over for værdibaseret styring, hvilket fik IVBAR til at sende et kritisk høringsvar⁴⁸, der forsvarede tænkningen.

Pseudo-innovation?

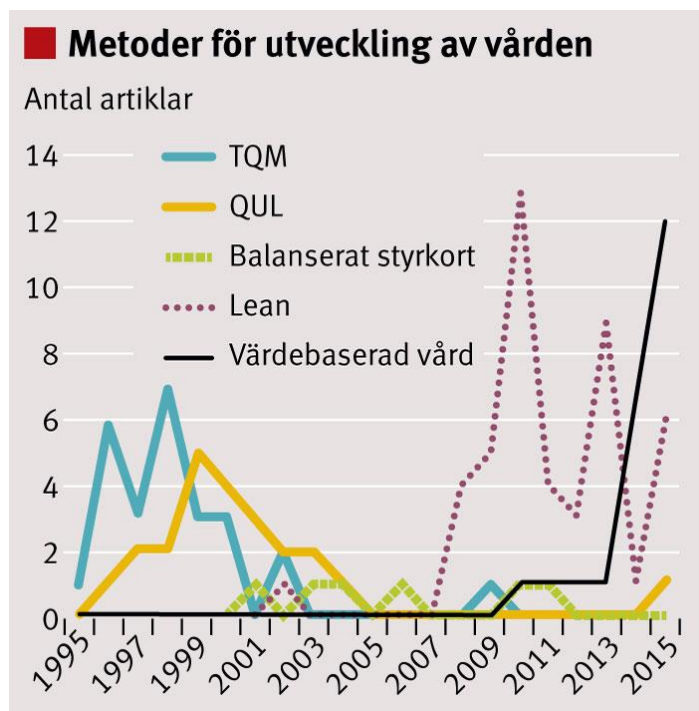
En artikel fra to forskere på Karolinska Institut, som står som eksponent for value based health care, taler om pseudo-innovation⁴, som er "the repetition and reinvention of essentially similar ideas and methods using different terminologies every 3–5 years" (p. 451). Udgangspunktet var Porters artikel om What is value in Health Care⁸, og hvordan den var blevet citeret osv. Forskerne sporede spredningen af ideen (på en lidt anderledes måde end gjort her baseret på antal forekomster af begrebet i tidsskrifter – en metode som første gang fandt anvendelse på sundhedsområdet i 2009⁴⁹) og konkluderede, at forståelsen af begrebet var overfladisk i forhold til Porters grunddefinitioner og ikke havde en sådan karakter, at det kunne omsættes til praksis. Artikkels afsluttende sætning lyder: "Will the fate of VBHC be any different from its predecessors? Based on our review, little indicates that it will be otherwise" (p. 456).

Flordal har i det svenske lægetidsskrift skrevet et indlæg med titlen "Apropå! Den värdebaserade vårdens födelse, levnad och undergång – Den sista "pseudoinnovationen"⁵⁰. For en 20-års periode sammentalte han antal gange 'modefænomener' omtales i Läkartidningen, figur 1. Bortset fra QUL, som er en svensk kvalitetspris (utmärkelsen svensk kvalitet), er begreberne selvforklarende.

^b "a payment model that offers financial incentives to physicians, hospitals, medical groups, and other healthcare providers for meeting certain performance measures. Clinical outcomes, such as longer survival, are difficult to measure, so pay for performance systems usually evaluate process quality and efficiency, such as measuring blood pressure, lowering blood pressure, or counseling patients to stop smoking" –kilde: Wikipedia. Ofte udgør beløbet procentvis en beskedent andel af de samlede omkostninger, ofte 1-3%. I det følgende omtales det undertiden som en kvalitetsbonus.

Bemærk, hvorledes 'værdibaseret vård' skyder i vejret sidst i perioden. Flordals opfordring lyder "I pseudoinnovationernas gemensamma kärna finns en del strategier som är användbara. Låt oss uthålligt och läraktigt använda dem, utan krav på nya namn".

Figur 1: Omtale af styringsbebreber i Lärkartidningen 1995-2015⁵⁰



Værdibaseret styring i Danmark

Danske Regioners svar på de økonomisk stramme tider efter finanskrisen kom i 2011 med programskriftet 'Kvalitet i sundhed'⁵¹. Det hed programmatisk, at vi skulle flytte fokus fra aktivitet og i stedet begynde at måle os på kvalitet. Dette ville kræve et synligt kursskifte og nye styringsredskaber, hvor sundhedsvæsenet i højere grad skulle måles på de resultater, der bliver skabt.

Siden har man jagtet et nyt styringskoncept: Alternativ/supplement til DRG-afregningsmodellen for sygehusene og måling af kvalitet. Et patient-citat i 2011-publikationen illustrerer kvalitetsspørgsmålet: "Kvalitet i sundhed er at tage udgangspunkt i mig som patient. Det er, at man spørger ind til, hvad der er mit største problem i forhold til min sygdom. Om det er smerterne, bevægelsesindskrænkningerne, aktiviteten eller noget helt fjerde, så man kan målrette behandlingen og give mere livskvalitet."

I 2013 kom et notat om nye incitamenter og forbedret økonomistyring i regionerne⁵². Ser man på datoen – 1. marts 2013 – skal man være opmærksom på, at der utvivlsomt var tale om et indspil til

økonomiforhandlingerne. Notatet gentager temaer fra flere års diskussion – og fortsat med fravær af dokumentation. Hovedoverskriften var, at økonomisk styring skal fremme kvalitet og sammenhæng: ”Incitamenterne i sundhedsvæsenet i dag understøtter ikke ønskerne om øget kvalitet og mere sammenhæng. Det skyldes blandt andet, at sundhedsvæsenet er aktivitetsstyret, det vil sige, at sundhedsaktører belønnes ud fra en afregning per ydelse. Dermed er det prisen for de enkelte ydelser og ydelsernes omfang, der får en afgørende betydning for indsatserne i sundhedsvæsenet”.

Det fremhæves, at det naturlige alternativ til de nuværende finansieringssystemer er rammefinansiering, fordi det ideelt set giver optimal understøttelse af, at man overholder de økonomiske rammer samtidig med, at der gives et stærkt incitament til at vælge de mest effektive løsninger, også når det eksempelvis indebærer en lavere registrerbar aktivitet på sygehusene. Det føjes dog til, at rammestyling i den klassiske form næppe kan stå alene, men skal suppleres på en række områder, fx fortsat takststyring på udvalgte områder og videreudvikling af produktivitets- og effektiviseringsmålninger. Men når det så er tilfældet: ”[på] Baggrund af ovenstående bør rammefinansiering kombineret med eksisterende patientrettigheder og kvalitetsmål være det bærende princip for den økonomiske styring af sundhedsvæsenet”, p. 7. Det er uklart, om Danske Regioner fortsat mener dette anno 2017.

I 2015 blev der slået et stort slag for værdibaseret styring. I regionernes nyhedsbrev Regio fra april ’15 blev den værdibaserede tænkning introduceret under overskriften Fokus på resultatet for patienten kan give bedre kvalitet på sygehusene. Med henvisning til det svenske SVEUS-projekt spurgte man, om det ville give bedre resultater at fokusere på patienternes oplevelse og udbytte frem for mængden af behandling. Der skulle ses nærmere på potentialet ved at indføre samme form for styring og opfølgning i Danmark.

I maj måned kom IVBAR-rapporten om værdibaseret styring i Danmark²⁶. Rapporten var bestilt af Danske Regioner. Svaret på udfordringerne i sundhedsvæsenet kunne man ifølge IVBAR finde i værdibaseret styring, der består af tre komponenter, jfr. ovenfor: 1. Fokus på outcome (value) – ikke på aktivitet, 2. Værdibaseret afregning og 3. Organisering svarende til patientforløb. SVEUS-erfaringerne blev gennemgået, og der var centrale udsagn om lavere omkostninger ved at gå over til bundled payment og reducerede komplikationsfrekvenser. Der blev lavet en liste over diagnoser, der kunne undersøges nærmere: Stort set svarende til hvad der bliver eksperimenteret med i Sverige. Og der blev skitseret en plan for udrulning af ideerne i Danmark.

I maj måned offentliggjorde en taskforce under Danske Regioner en rapport om Styring efter Værdi for Patienten⁵³ med fokus på nye opfølgings- og betalingsmodeller. Det var en forsigtig rapport. Det hed bl.a., at der på nuværende tidspunkt ikke var et oplagt svar på, hvordan regionerne bedst kan indrette de økonomiske incitamenter for sygehusene. Udfordringerne er forskellige rundt omkring, og aktivitetsstyring indebærer også visse fordele i form af høj produktion og tilgængelighed. I første omgang er ambitionen derfor at indsamle erfaringer ved at sætte 1-2 forsøg i gang i hver region for at afprøve nye betalingsmodeller. Samtidig skulle indhøstede erfaringer fra outcome-registreringer skabe bedre viden om, hvad der skaber værdi for patienten, og styrke grundlaget for at indføre nye resultatorienterede betalingsmodeller på sigt.

Og det blev indsat i økonomiaftalen for 2016 (p. 42), hvor det hed, at styring, incitamenter og finansiering skal understøtte kvalitet for patienten. Og videre: ”Det hidtidige fokus på aktivitet har medvirket til at øge produktiviteten i sygehusvæsenet. Fremadrettet tænkes dette sammen med udvikling af styring og incitamenter, der ligeledes sætter fokus på kvalitet og resultater. Konkret igangsættes regionale forsøg på udvalgte områder med at udvikle og afprøve nye styrings- og afregningsmodeller med afsæt i værdibaseret styring. Der afsættes en kvalitets-pulje til at understøtte forsøgene”.

Tekstrammen viser, hvor langt man er kommet med forsøgene på at finde alternativer. Det er ikke ret langt. Der siges ’de rigtige ting’, fx patientnære mål frem for DRG-værdi’, ’undtaget fra takststyringsmodellen’, ’en ny afregningslogik’. Grundproblemet er, at man ingen steder har arbejdet med det på model-/konceptniveauet og dermed hovedkuls kaster sig ud i forsøg. Hertil kommer, at vægtlægningen i forsøgene er forskellig, og i ingen af forsøgene er der tale om den fulde ’tre-komponent-udgave’ af et værdibaseret sundhedsvæsen omtalt ovenfor.

KORA har lavet en detaljeret gennemgang af de 6 projekter⁵⁴ ovenfor og noterer, at ”indsatsernes afsæt i værdibaseret styring er generelt

Spørgsmål nr. 523 (m. svar d. 24.maj 2016): ”Vil ministeren sende udvalget en oversigt over, **hvilke tiltag der er i de enkelte regioner i forhold til at afprøve styringsalternativer til DRG-taksterne?**”

- *Region Nordjylland:* I Region Nordjylland er der udvalgt to patientgrupper til at indgå i nye forsøg med styrings- og afregningsmodeller: hoftealloplastikker og knæalloplastik-ker. Styringsmodellen opbygges som en prædikationsmodel, hvor der måles på diverse indikatorer, herunder vil bl.a. ressourceforbruget/omkostninger blive identificeret med henblik på **at lave en ny afregningslogik.**
- *Region Midtjylland:* Region Midtjylland har siden 2014 kørt projektet **Ny styring** i et patientperspektiv. Ni afdelinger har i et par år været styret med afsæt i værdibaseret styring. Der bliver styret efter **patientnære mål frem for aktivitet i form af DRG-værdi.**
- *Region Syddanmark:* Der er udarbejdet et nyt optimeret rygførløb i Region Syddanmark med omlægninger og samling af størstedelen i den ambulante aktivitet på Rygcenter Syddanmark. **Rygcenteret bliver fuldt rammestytet samtidig med, at en mindre del af deres økonomi gøres afhængigt af, at de opfylder en række kvalitetsmål.**
- *Region Hovedstaden:* **Bornholms Hospital** er pr. 1. februar 2016 udvalgt til at gøre erfaringer med styring efter værdi for patienten samtidig med, at hospitalet er **undtaget fra regionens takststyringsmodel.**
- *Region Sjælland:* **Afskaffelse af takstmodel** og indførelse af aktivitetsbudget, forenkling og mere målrettede mål i ”Værdi for borgeren 2016”

Kilde: Folketinget, § 20 spørgsmål

beskedent, og de indeholder kun i mindre grad elementer af Porters seks komponenter”, hvor de seks komponenter udover de her omtalte tre er en IT-plattform, et tilstrækkeligt stort optageområde for at sikre et nødvendigt patientgrundlag og et integreret sundhedsvæsen.

I december måned 2016 udsendte Danske Regioner et arbejdspapir med beskrivelse af afregningsmodeller til at understøtte værdibaseret styring⁵⁵. Det gennemgås og kommenteres i afsnittet om værdibaseret afregning (... danske overvejelser).

Værdibaseret afregning

En del af interessen for value based health care skyldes utilfredsheden med DRG/DAGS, som man mener er (unødvendigt) aktivitetsdrivende. Spørgsmålet er derfor, om man med rimelighed kan anskue værdibaseret afregning som et mere eller mindre fuldgældigt alternativ.

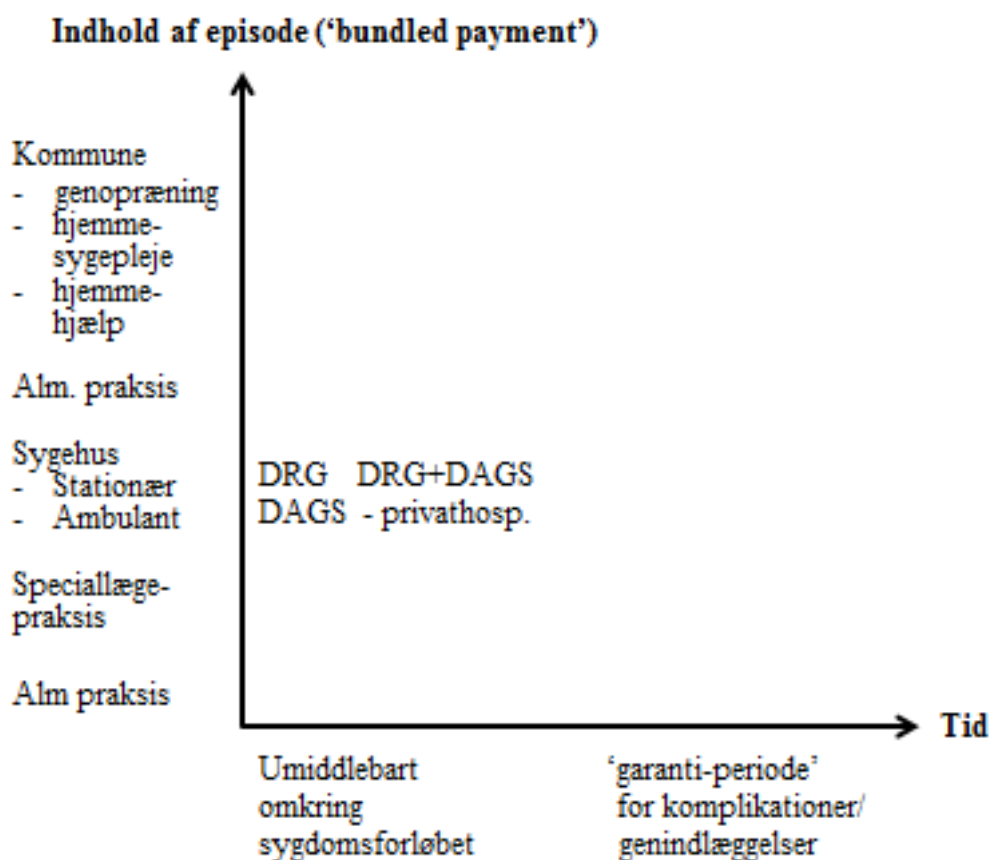
Det korte svar er nej – og det skyldes ikke kun, at denne afregningsform, ligesom som så meget andet i konceptet, på ingen måde er udviklet i detaljer. Der er heller ikke noget stærkt incitamentsbaseret teorigrundlag – i det mindste ikke direkte rettet mod værdibaseret afregning. I forbindelse med nærværende analyser er der kun identificeret en enkelt artikel⁵⁶, som imidlertid blot er en meget traditionel anvendelse af principal-agent-teori. Da DRG, jfr. nedenfor, faktisk er bundled payment, er spørgsmålet om Ellis’ og McGuire’s klassiske artikler om prospective payment (=DRG) evt. fortsat holder⁵⁷⁻⁵⁹? Bundled payment¹¹ er ikke som sådan en teori, men snarere en måde at organisere afregningen med producenter, nemlig i form af forløbstakster.

Igen og igen tales der om bundled payment i forbindelse med value based health care. Herved forstås ”Bundled payments — single payments that cover all the care for a patient’s medical condition or treatment over a specified timeframe”⁶⁰. Porter taler om ‘over the treatment cycle’. En lidt mere udførlig definition med formålsangivelse lyder: “ ‘Bundled payment’ is a method in which payments to health care providers are related to the predetermined expected costs of a grouping, or ‘bundle,’ of related health care services. The intent of bundled payment systems is to decrease health care spending while improving or maintaining the quality of care”⁶¹ Den danske oversættelse i det følgende er: Forløbstakster.

Som illustreret flere gange i det foregående skal man være meget opmærksom på ’nationale’ eksempler, også af forløbstakster. I en amerikansk sammenfatning af erfaringer med forløbstakster⁶¹ medtages et svensk eksempel, som ved nærlæsning af kilden viser sig at være DRG-baseret afregning⁶². Og ja, DRG er også forløbs/bundled payment⁶³, nemlig af en stor del af omkostninger-

ne ved hospitalsophold, men nyhedsværdien og evt. relevansen for et 'nyt' afregningssystem bliver meget mindre. Den amerikanske sammenfatning – primært amerikansk litteratur – viste også, at 'forløb', jfr. figur 2, altovervejende drejede sig om én aktør, fx et sygehus. I Porter og Kaplans artikel i Harvard Business Review¹¹ (der som hovedregel ikke medtager referencer) illustreres der primært med noget, vi i dansk sammenhæng ville kalde DRG-takster, som i USA blot ikke indeholder fx lægeomkostninger, og derfor består 'bundling' ofte i, at disse omkostninger medtages. Evt. effekter, fx besparelser i amerikansk sammenhæng, kan derfor ofte henføres til dette forhold.

Figur 2 viser den generelle model for forløbstakster:



Figur 2: Forløbs-afgrænsning

Det springende punkt er, hvilke organisatoriske enheder forløbstaksten skal dække over: Sygehus, +almen praksis, +kommune? Og for hvilken tidsperiode? Som nævnt overses det ofte, at forløbstakst i USA er noget andet end, hvad vi tænker på i fx Danmark eller Sverige. Hertil kommer så, fx i Sverige og delvist i Medicare, at det også kan dække supplerende omkostninger i op til fx ét år efter indlæggelse⁶⁰. Dette er en slags behandlingsgaranti ('warranty').

I Danmark ser man ofte forløbstakst præsenteret som omfattende både sygehuse, kommune og (sjældnere) almen praksis. Dette virker uigennemtænkt. Der er langt fra kommunale ydelser i forbindelse med al sygehusbehandling, og når det endelig er tilfældet, er det oftest i forbindelse med frakturer eller led-udskiftning, nemlig genoptræning, eller i forbindelse med udskrivning af ældre medicinske patienter. På det praktiske niveau er det svært at se, at det økonomisk giver mening. En forløbstakst skal jo komme fra en finansieringskilde, og med mindre man forestiller sig et 'totalt' integreret sundhedsvæsen med en fælles økonomi, er det svært at identificere en relevant finansieringskilde, og den efterfølgende fordeling af forløbstaksten mellem parterne kan let blive kompliceret.

Den svenske Sveus-model

I det følgende tages udgangspunkt i, hvad man forstår ved afregning for value based health care i nogle af de svenske len/Sveus-forsøgene. Porter og Kaplans amerikanske forståelse af begrebet findes i detaljer i artiklen 'How to pay for health care'¹¹. Det er dog svært at finde en grundig redegørelse for, hvordan forløbstaksten er beregnet og sammensat, endsiige teoretiske begrundelser.

Grundideen i afregningstænkningen i værdibaseret afregning er tredelt: 1. En basispakke, som reelt består af DRG-taksten plus ambulante før- og efterkontroller (DAGS). Dette omtales på svensk som 'vårdeperiode ersättning', på amerikansk som 'bundled payment', jfr. ovenfor, og på dansk som forløbsbaseret betaling. 2. En garantibetaling, der er en slags 'forsikringspræmie', som garanterer behandling for komplikationer m.m. indenfor en tidsperiode, typisk ét til to år, og 3. En komponent, der honorerer forbedring i sundhedstilstand – hvad der i anden sammenhæng kaldes for 'pay-for-performance', P4P.

Det er svært at finde 'perfekte' eksempler på takstopbygning, for slet ikke at tale om den bagvedliggende omkostningsberegning, ligesom der også er modstrid mellem forskellige fremstillinger. Det tyder på, at der er mange uafklarede og ikke-dokumenterede punkter, men mange forhåbninger.

I et svensk eksempel vedrørende ryggkirurgi præsenteret af Porter på en konference i København i november 2014⁵, var de tre komponenter hhv. 1. En grundydelse på 42.044 SEK, 2. En garantibetaling på 4.357 SEK og 3. En P4P-komponent på 3.136 SEK, hvor den første komponent ved eftersyn i realiteten svarer til DRG+DAGS. Komponenterne 2 og 3 svarer tilsammen til ca. 16 % af basispakken. I andre eksempler tales der om godt 3 %⁶³ for P4P, der efterbetales en vis tid efter udskrivning. Der arbejdes endvidere med risikjustering, typisk baseret på alder, hvilket er

almindeligt i de svenske DRG-ordninger⁶³, der i øvrigt i modsætning til de danske ikke har ens nationale takster.

Der slås således to fluer med et smæk: Forløbstakster og fokus på sundhedsmæssig effekt. Ophavsmændene tror, at det på sigt vil føre til besparelser, fordi bedre (outcome) kvalitet fører til besparelser.

I forhold til den danske overskrift 'kvalitet – ikke aktivitet' skal bemærkes, at der grundlæggende fortsat er tale om aktivitetsbaseret afregning, og spørgsmålet er derfor, hvor meget komponenterne 2 og 3 i ovenstående eksempel betyder adfærdsmæssigt. P4P-komponenten er en procentvis beskeden kvalitetsbonus oven i den DRG-lignende takst, jfr. forsøgene med P4P i USA og England – og hvor man så må antage, at kvalitets/outcome er, hvad der har været fokus på i den outcomebaserede del af value based health care. Som omtalt ovenfor er de empiriske resultater vedrørende P4P blandede³⁹. Den seneste publikation drejer sig om effekten af Medicares value based purchasing (HVBP) med en P4P-komponent, se tekstrammen p. 7. Det hed konkluderende, at "Evidence that HVBP has led to lower mortality rates is lacking. Nations considering similar pay for performance programs may want to consider alternative models to achieve improved patient outcomes"⁶⁴.

Porter og Kaplan fremhævede i 2016 i lovprisningen af bundled payment¹¹, at "In 2009, the County of Stockholm, Sweden, introduced bundled payments for hip and knee replacements in healthy patients, achieving a 17% reduction in cost and a 33% reduction in complications over two years".

Ud fra årsag-virknings-tænkning – noget som tilsyneladende ikke i synderlig grad optager Porter og heller ikke peer-reviewer af artiklen – er det imidlertid svært at udskille den parallelt indførte fritvalgsordning i Stockholms len fra forløbsafregning: "Resultaten från registerstudierna i kombination med resultatene från intervjustudien tyder på att LOV-tillämpningen [... **Lagen om Valfrihetssystem**] i kombination med vårdepisod-ersättningsystemet bidragit till observerade effekter" ... og senere "Det är viktigt att notera att Vårdvalsinförandet inkluderade två komponenter som var och en, enligt olika logiker, kan ha påverkat värdeutvecklingen i sjukvårds systemet: dels den fria etableringsrätten och det fria patientvalet, dels det nya vårdepisodersättningsystemet"⁶⁵, p. 21.

Forløbstaksten beskrives på følgende måde: "Vårdgivarna erhölet ett paketpris om 56 300 kronor för vårdkedjan inkluderande diagnostik, operation med eftervård, proteskostnad och nödvändiga för-

och återbesök” – med andre ord DRG+DAGS, men fx ikke genoptræning (men det hævder Porter til gengæld er tilfældet²⁷ p. 8). Selve omkostningsberegningen omtales senere.

P4P-komponenten i beskrives som ”Resultatersättning: Av ersättningen kvarhölls 3,2 procent och betalades ut som resultatersättning om vårdgivarna uppnådde vissa givna mål (till större delen processmått)”, p. 21. Dette minder i forbavsende grad om det P4P-system, der er beskrevet for Medicare ovenfor. På trods af de mange besværgelser om outcome er der tilsyneladende stort set tale om proces-udtryk.

Der indgår ikke en garantibetaling ifølge Wohlin⁶⁵, medens det omvendt hævdes at være tilfældet i Porters casebeskrivelse²⁷.

Der kan kun gisnes om den bagvedliggende incitament-tænkning. Man kan forestille sig, at garantibetalingen sætter fokus på godt sundhedsfagligt arbejde i første omgang for at undgå senere omkostningskrævende komplikationer, fx udskiftning af hofte på grund af dyb sårinfektion ved den primære behandling.

Det værdibaserede sundhedsvæsen skulle angiveligt også fremme mere sammenhængende patientforløb. Incitamentsmæssigt skulle dette i givet fald hænge sammen med de forløbsbaserede takster, men så længe der alene er tale om sygehusinterne forløb, er det svært at se, at der skulle være indbygget incitament til at skabe mere sammenhæng.

Medicare-modellen for 'bundled payment' og øvrige amerikanske erfaringer

Medicare, som dækker de +65 årige amerikanere, indførte i 2011 en bundled payment model. Den beskrives i en evaluerende artikel på følgende måde: ”... the payment for an illness episode would include the services provided by the hospital ...; the care provided by physicians in the hospital; and the care provided thirty, sixty, or ninety days after a patient left the hospital”⁶⁶. Det skal bemærkes, at beskrivelsen på Medicares hjemmeside er langt mere detaljeret⁶⁷ og fx. viser, at garanti-tænkningen først indførtes fra 2014.

Som nævnt tidligere er der reelt set tale om DRG, som forstået i Danmark, kombineret med en ‘garantiperiode’. Det nye er i dansk sammenhæng det sidste, som desværre ikke evalueres i artiklen, der er fra 2012. En ny artikel fra 2016 undersøger det i et vist omfang⁶⁸, men kun abstractet var tilgængelig på skrivetidspunktet på grund af 36 måneders embargo i bibliotekseksemplaret af tidsskriftet.

Udfordringerne ved at indføre denne nye model beskriver Altman som følger:

”Medicare’s current bundled payment experiments require several different components of the total care episode to work together. This forced combination could be quite problematic, as the groups involved have at times been antagonistic toward each other. For example, many physician groups operate independently of the hospital and often view the hospital as hostile to their interests. What gives advocates for the new approach some hope is that more and more physicians are now employed by hospitals. The problem remains, however, for postacute services. Either hospitals and postacute care providers must learn to work together and develop acceptable methods for dividing combined payments, or one group needs to develop a controlling interest in the other”⁶⁶

De senest tilgængelige erfaringer⁶⁹ viser, at det især er hospitaler, som allerede var delvist DRG-baserede i deres tilgang, som indgik i forsøget, som gør det svært at generalisere resultaterne (til USA – og slet ikke til andre lande).

Erfaringer fra et mindre antal forsøg, som involverede flere parter i forløbet, er ikke konklusive^{70,71}.

OECD: Better ways to pay for health care⁷²

OECD gennemgik i 2016, hvad organisationen betragtede som nyskabelser, som dog langt fra var så nye, som de fremstilles som: P4P og andre såkaldte add-on-payment-ordninger, der dækker over ordninger, der sikrer bedre sammenhæng i patientforløbene, forløbstakster (’bundled payment’) og populationsbaseret betaling (reelt kapiteringsordninger).

Med hensyn til add-on, der fremmer koordinering, som ikke hidtil har været omtalt i nærværende analyse, henvises der til en fransk model for primærsektoren, hvor add-on består i en særlig betaling, når der har været tale om koordinering. Omfanget heraf er ca. 5 % af de samlede (fee-for-service) udgifter. Det andet eksempel er tysk, hvor fokus var på bedre koordinering mellem almen praksis, praktiserende specialister og hospitaler. Det præcise indhold og økonomi er uklar. OECD mener dristigt at kunne konkludere, at “In both France and Germany, add-on payments are associated with an improvement in the quality of care provided and reductions in health spending, although it is difficult to establish clear causality” p. 65.

Danske overvejelser om værdibaseret afregning

En arbejdsgruppe under Danske Regioner offentliggjorde i december 2016 et arbejdsdokument, der beskrev afregningsmodeller til at understøtte værdibaseret styring⁵⁵. Arbejdsrapporten søger for-

tjenestefuldt at skabe en ramme for en beskrivelse af forskellige afregningsmodeller, der understøtter styring efter værdi for patienten. Der tages udgangspunkt i rudimentær teori og den foreliggende empiriske viden om fordele og ulemper ved forskellige afregningsmodeller, ligesom der også ses på de udford-

Rammen for udvikling af afregningsmodeller, der understøtter værdibaseret styring

Den sundhedspolitiske målsætning – Styring efter værdi for patienten

- Fokus på kvalitet og effekt
- Sammenhængende patientforløb på hospitalet, mellem hospitaler og mellem sektorer
- Omkostningseffektivitet

Principper for modelindretning

- Afregningsmekanismer skal være gennemskuelige
- Forbedringer belønnes
- Styrbar for det kliniske personale – det må ikke føre til kontraproduktivitet
- Løbende og klinisk meningsfuld opfølgning
- Opmærksomhed på alle patientgrupper, så selektion opdages
- Synlige og valide data (baseline og evaluering)
- Klar definition af prospektive regler for risiko- og overskudsdeling

ringer, der søges løst inden for forskellige behandlingsområder- og typer. Danske Regioner har tilsyneladende haft McKinsey på banen (et dokument august 2016: Healthcare reimbursement work in practice – Discussion Document, som dog ikke indeholder egentlig nyt i forhold til værdibaseret afregning).

De ovenfor omtalte svenske erfaringer omtales overraskende nok ikke. Der er fokus på især P4P og forløbstakster (bundling), jfr. ovenfor, ligesom der skelnes mellem forskellige afregningsmodeller for fire sygdomme/diagnoser: Kroniske sygdomme, ortopædkirurgisk elektiv behandling, akutte behandlinger og højt specialiseret behandling.

Rapporten er primært kortlæggende og indeholder ingen anbefalinger, fordi "[det] ikke [er] muligt at give et klart bud på én afregningsmodel, der understøtter værdibaseret styring". Dog peges der på foretrukne modeller for de fire nævnte patientgrupper.

Udgangspunktet er vedstående tekstramme om, hvad der understøtter værdibaseret styring og krav til modelindretning. Der savnes dog et supplerende krav til gennemskuelighed, nemlig 'enkelhed'. Med den skitserede opdeling på sygdoms-/diagnosegrupper kommer man ud for, at mange afdelinger skal håndtere mere end én model (hvis afregningen skal føres ned på afdelingsniveauet, hvilket bør være et særskilt diskussionspunkt). Enkelhed og dermed administrerbarhed må aldrig overses.

For kroniske sygdomme peges på udvikling af en populationsbaseret afregningsmodel (=risikostratificeret per capita-model) med afsæt i tværsektorløsninger, kombineret med P4P-elementer eller udvikling af forløbsmodeller eller rammefinansieringsmodel tilknyttet P4P-elementer. For elektiv behandling er den foretrukne model forløbsafregning kombineret med differentierede dækningsgrader, angiveligt for at mindske risikoen for indikationsskred, og P4P-elementer, som bonus eller straf. For akutfunktioner peges på en bred og meget uspecifik model: 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 alment praktiserende læger) for at motivere til god adfærd og samarbejde. For de højtspecialiserede funktioner peger arbejdsgruppen på et grundbeløb (rammestyling) kombineret med forløbsafregning og tilknyttet specifikke P4P-mål.

Det gennemgående træk er således P4P, som bliver koblingen til værdibaseret, uagtet de ikke særligt klare empiriske resultater vedr. effekt på outcome, jfr. tidligere omtale. Ét stykke ad vejen kunne man alternativt meget enkelt pege på simple forløbstakster som summen af DRG og DAGS (hvor relevant) med systematisk tilkobling af P4P. Som påpeget tidligere er forløbstakster i realiteten lig med aktivitetsbaseret finansiering, og man må forvente, at P4P-komponenten ligesom andre steder i udlandet procentvis bliver en beskedent del af den samlede afregning. Rapporten omtaler ikke størrelsen af P4P og i lighed med den internationale litteratur heller grundlaget for fastsættelse af den beløbsmæssige størrelse.

Omkostningsberegning: time driven ABC

I litteraturen om værdibaseret afregning tales der om en 'ny' metode til omkostningsberegning for patientforløb udviklet af ophavsmanden til activity based costing, ABC, som delvist har været brugt i Danmark til beregning af DRG-takster. Nu tales der i stedet om 'time driven activity based costing'⁷³⁻⁷⁶, som i realiteten blot er en (god) forenkling af den gammelkendte ABC-metode⁷⁷. Omkostningerne i det netop omtalte hofte-knæ-eksempel er ikke beregnet på denne måde, men er beskrevet af Porter på følgende måde:

”To propose a total price, an analyst ... was charged with compiling data on current payment levels for hip and knee replacement throughout Sweden. The task proved to be extremely difficult, however, as cost and charge data reporting varied substantially by provider and county. ... Hip and knee replacement DRG payments for all patients regardless of ASA status ranged widely across providers from SEK 42,706 to SEK 62,554, with a mean of SEK 58,776 and median of SEK 60,335. ... The base price of the bundle was ultimately set based on a 2007 contract negotiation with a private provider that had resulted in a price of SEK 55,000²⁷, p. 8.

Man skal her huske på, at de forskellige beløb hænger sammen med, at der ikke er ens nationale takster i Sverige. Det er op til len'ene af beslutte herom.

Hertil kommer, at der også tales om en 'ny' DRG-grupperings-algoritme – tilsyneladende lidt svarende til den, der oprindeligt blev brugt ved DRG-grupperingen (Pedersen 1987). Med andre ord: Det er ikke her, der er tale om fornyelse i forbindelse med værdibaseret afregning – og slet ikke i forhold til de danske DRG og DAGS-takster, men det er også her, at man skal have et godt kendskab til bl.a. de danske omkostningsberegninger bag DRG og DAGS for at kunne gennemskue, om værdibaseret afregning er noget nyt.

Sammenfattende om værdibaseret afregning

Sammenfattende må det om værdibaseret afregning konstateres: a) at der i de indtil nu fremkomne eksempler fortsat stort set er tale om aktivitetsbaseret afregning, b) at forløbstakster oftest er lig med DRG, evt. sammen med DAGS, c) at der ikke er klarhed over, hvordan man skal beregne P4P-komponenten, som under alle omstændigheder er lav og næppe kan gives et 'objektivt' beregningsmæssigt grundlag, d) at det simpleste i dansk sammenhæng ville være at danne forløbstakster baseret på DRG+DAGS (der hvor det måtte være relevant), og e) at det ikke tjener noget formål at indføre tidsbaseret ABC med mindre, der er tale om ny-beregninger.

Hertil kommer den todelte udfordring ved alle afregningssystemer: Hvor meget skal der betales for hvad, og hvordan beregner man det? I DRG og DAGS-systemet er det simpelt: Ud fra diagnosegrupperinger beregner man gennemsnitsomkostningen for hver gruppe baseret på faktiske omkostningsdata. Ved nogle af modellerne for værdibaseret afregning kan det hurtigt blive kompliceret: Hvad er fx grundlaget for, hvor meget P4P og garanti-betaling skal udgøre?

Outcome

Omdrejningspunktet ved value based health care er behandlingsresultat (outcome). Hvis man meningsfyldt skal tale om værdibaseret afregning, kræver det outcome, omend rollen vis-à-vis udformningen af afregningssystemet, som det fremgik ovenfor, dybest set er marginal, nemlig som en art P4P, som kun udgør en lille del af afregningen.

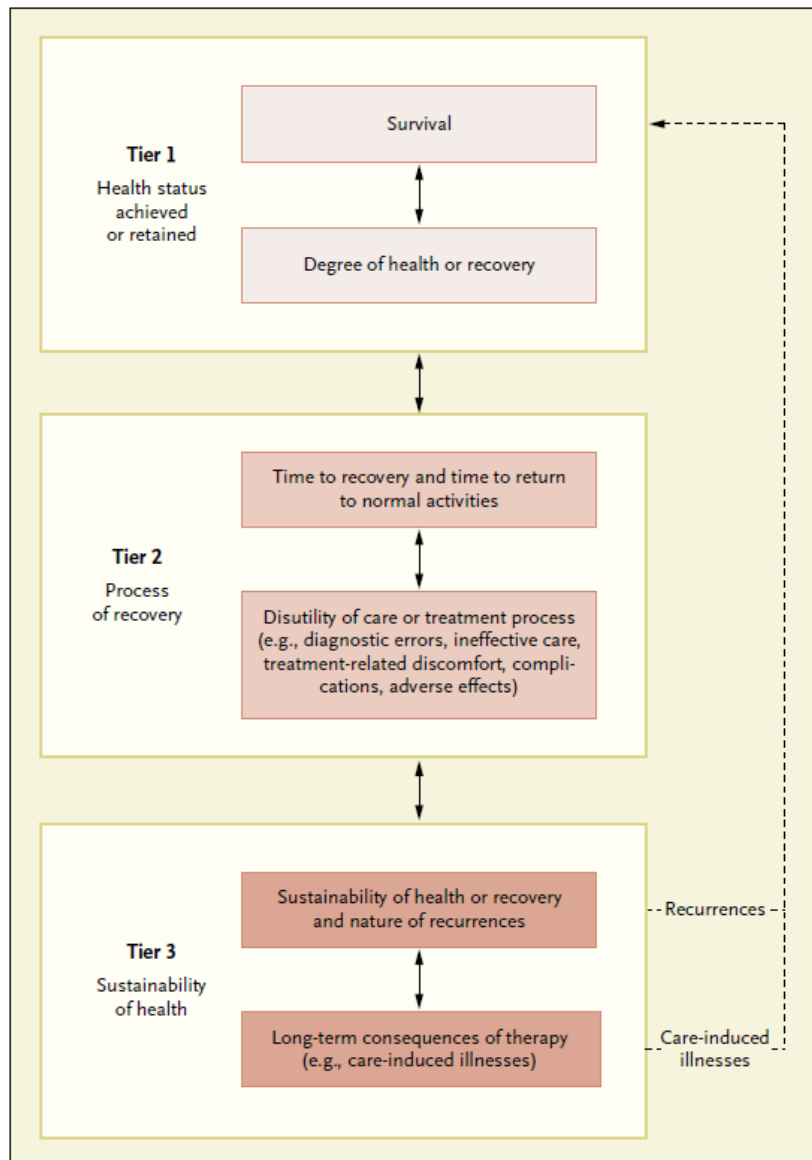
Outcome-måling er én af hindringerne for, at value based health care kan brede sig: "... progress has been slow and halting, partly because measurement of outcomes that matter to patients, aside from survival, remains limited. And for many conditions, death is a rare outcome whose measurement fails to differentiate excellent from merely competent providers." ¹².

Porter anskuer outcome meget bredt og forkaster process-udtryk som det centrale: "What generally matters to patients are outcomes that encompass the whole cycle of care — including health status achieved (e.g., survival, functional status, quality of life); the time, complications, and suffering involved in getting care; and the sustainability of benefits achieved (e.g., time until recurrence)." ¹², jfr. figur 3. Han noterer også, at fremskridt vedr. måling af outcome har været hæmmet af 'lad de tusinde blomster blomstre' og dermed en ukoordineret og usystematisk målindsats.

Og outcome forstås ofte (for) snævert og udelader dermed væsentlige dele af sundhedsvæsenet. Et konkret eksempel: En person søger læge på grund af vedvarende mavesmerter. Bliver henvist til kikkertundersøgelse på sygehus og kommer hurtigt til. Intet er unormalt. Henviser for en sikkerheds skyld til CT-scanning og kommer hurtigt til. Finder heller ikke noget unormalt. Hvordan måler man her outcome – masser af aktivitet, men hvad med outcome: Bekymring og usikkerhed reduceret? 'intet unormalt fund'? Men uanset hvad, er det ikke et egentligt resultat vedrørende ændring af sundhedsstatus. En stor del af aktiviteterne i et moderne sundhedsvæsen drejer sig om udredning/diagnostik som det skitserede. På dette felt kan outcome-tænkningen måske komme til kort.

Porter præsenterede i den klassiske 2010-artikel et outcome-hierarki⁸, som viser et differentieret syn på outcome, hvilket også er tilfældet i appendiks-materialet til artiklen. I hierarkiet står outcome forstået som behandlingsresultat øverst.

Figur 3: Porters Outcome-hierarki⁸



Arbejde med outcome i Danmark

I Danmark er der også 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. PRO-data handler ikke om tilfredshed og oplevelser ved behandling, sundhedsadfærd eller lignende, men relaterer til outcome af en behandling eller et patientforløb – og udtrykker patientens gavn af behandlingen eller forløbet.”⁷⁸. Der er ikke tale om patientens tilfredshed med eller oplevelser i forbindelse med behandlingen. Denne definition og afgrænsning flugter næsten perfekt med forståelsen i value based health care samtidig med, at målet med anvendelse af PRO-data er at styrke inddragelse af patienter i deres eget forløb og i kvalitetsudviklingen af sundhedsvæsenet. Jfr.

nedenfor skal man dog være opmærksom på forskellen mellem brug på individ og populationsniveau, hvor man i value based health care utvivlsomt tænker på populationsniveauet.

Sundhedsøkonomer har arbejdet med PROM i de sidste 20-30 år – mest kendt under betegnelsen kvalitetsjusterede leveår, QALY⁷⁹. Denne tænkning er baseret på brugen af generiske spørgeskemaer, fx SF36, EQ-5D og 15D, hvor de første to er kort omtalt i PRO-rapporten. Rapporten forsømmer imidlertid en diskussion af fordele og ulemper ved henholdsvis generiske og sygdomsspecifikke spørgeskemaer. Fx hedder det i én af anbefalingerne ”Vælg et egnet PRO-måleredskab, udvikl et nyt eller tilpas et eksisterende, så det netop kan bruges på den relevante patientgruppe og det relevante patientforløb. Inddrag patienter og sundhedspersoner”. Her får man en fornemmelse af, at man blot frit kan vælge, og kommer let til at overse rapportens tørre konstatering af, at valg af PRO-måleredskaber forudsætter særlige kompetencer inden for især psykometri, statistik og epidemiologi.

Én af de grundlæggende udfordringer bliver derfor, om man vælger at bruge velafprøvede generiske og sygdomsspecifikke spørgeskemaer, selvom patientinddragelse ved udviklingen måske ikke har været noget dominerende træk. I modsat fald kommer man let til at genopfinde den dybe tallerken. Porter har på det seneste været inde på behovet for standardisering af måling af outcome¹², og i regi af International Consortium for Health Outcomes Measurement, der udover Porters eget institut har Karolinska og Boston Consulting Group som partnere, er der udført et stort arbejde, altovervejende med sygdoms-/diagnosespecifikke værktøjer.

En anden udfordring bliver at se de omtalte outcome-målinger i samspil med målingerne i de kliniske databaser, som næsten i sagens natur også er direkte patientrelaterede – for slet ikke at tale om koblingen til 8 nationale mål for sundhedsvæsenet, som skal udgøre grundlaget for det fremtidige kvalitetsarbejde.

En tredje, mere grundlæggende, udfordring bliver, hvad man præcist vil bruge PROM-data til, hvilket skal ses i sammenhæng med valg af spørgeskema – ikke alle formål kan opfyldes lige godt med alle spørgeskemaer.

I PRO-PROM-rapporten⁷⁸ skelnes der mellem brug på individ- og populationsniveauet. På individniveauet kan PRO-data bruges i klinisk sammenhæng til fx at målrette en diagnostisk udredning og forbedre behandlingen og til at inddrage patienter i egen behandling for at opnå større

tilfredshed og bedre kommunikation mellem patient og sundhedsprofessionel. Der er ikke tvivl om, at det især er interessen herfor, der driver patientorganisationernes interesse for PROM.

På populationsniveauet er der tre anvendelser af aggregerede PROM-data for patientgrupper i forbindelse med forskning, sådan som man gør rutinemæssigt i kliniske forsøg (typisk såvel generiske (SF36/12, EQ-5D, 15D) og sygdomsspecifikke), i kliniske databaser til brug for monitorering og udvikling af klinisk kvalitet – hvilket stort set ikke forekommer – og endelig kan man anvende PROM-data som kvalitetsindikator i systematisk kvalitetsudvikling af behandling. Der er næppe tvivl om, at Porter i sin tænkning har populationsniveauet i tankerne. I modsat fald giver hans outcome/cost brøk ikke mening. Skal PRO-PROM-programmet derfor understøtte value based health care, er det populations-niveauet, der skal nyde fremme.

I England er man langt med anvendelse af PROM på populationsniveau⁸⁰⁻⁸⁴. Siden april 2009 har det været et krav at rapportere PROM for alle offentligt betalte patienter i det engelske. Der rapporteres på generiske instrumenter, oftest EQ-5D, og sygdomsspecifikke skemaer for fire elektive procedurer: (énsidig) hofte- og knæudskiftning, åreknuder og en enkelt form for brok. Patienter rapporterer sundhedsstatus før behandlingen og 3 eller 6 måneder efter behandling. Herved bliver det fx muligt at beregne QALY – og dermed et summarisk udtryk for sundhedsgevinst. Man kan også se på, om det påvirker sygehusene (ikke mærkbart for brok⁸²) eller omkostningsvariationen mellem gode og mindre gode PROM-resultater⁸¹ (ikke omkostningsforskel mellem gode og mindre gode PROM-resultater).

'Uden værdi'

Patient-centreret outcome er kun én side af værdi – en anden side er, om man ad denne vej kan eliminere behandlingstilbud, der ikke tilføjer værdi, dvs. ikke ændrer sundhedsstatus.

Ideelt set skulle fokusering på patientrapporteret outcome kunne medvirke til at fjerne sådanne behandlingstilbud. Det er imidlertid ikke sandsynligt, hvis fokus er på brugen på individniveau, fordi man ikke kan drage konklusioner om effekt på dette niveau, medens populationsniveauet giver mulighed, jfr. bl.a. de engelske erfaringer. Eliminering af unødvendige behandlinger skal ideelt ske ved brug af MTV, fx sådan som det var tilfældet med gynækologiske kræftkontroller⁸⁵ eller i forbindelse med arbejdet med kliniske retningslinjer.

Skal man tro udsagnene vedr. DRG-systemets aktivitetsdrivende kraft og udsagn om, at der udføres unødvendige aktiviteter (forhåbentlig alene ambulante aktiviteter!) af hensyn til indtægtssiden^{2,3}

skulle dette forsvinde som dug for solen, når man begynder at fokusere på outcome. Der er grund til skepsis – dels fordi mange af udsagnene er udokumenteret, dels fordi man i givet fald ville komme i konflikt med autorisationslovens § 17: ”§ 17. En autoriseret sundhedsperson er under udøvelsen af sin virksomhed forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder ved benyttelse af medhjælp, økonomisk ordination af lægemidler m.v.”.

Diskussion

Nye ideer og koncepter skal altid behandles seriøst og ikke bare mødes med ukritiske hurraråb eller ureflekteret kritik. Det gælder også det værdibaserede sundhedsvæsen. I dansk sammenhæng har det hidtil været hurraråbene, der har domineret, medens det har været mere end småt med kritiske vurderinger. Dette er imidlertid nødvendigt, hvis man tror – som nogle gør – at det kan blive det fremtidige styringsparadigme i sundhedsvæsenet (helt eller delvist). Nærværende gennemgang er et eksempel på en sådan kritisk analyse.

Det er for stærkt at karakterisere det værdibaserede sundhedsvæsen som kejserens nye klæder – uagtet, at der faktisk er blevet ’spundet’ ganske meget – både i Boston og Stockholm.

Med udgangspunkt i Porter og Teisbergs bog er der tale om en nogenlunde sammenhængende forståelsesramme, men når man går det efter i sømmene, og hvordan det kan operationaliseres, bl.a. den værdibaserede afregning, vil personer, der forventer et egentlig alternativ til DRG, blive skuffet. Grundlæggende er der fortsat tale om aktivitetsbaseret afregning.

Outcome-tænkningen har været med til en tiltrængt fokus på outcome i forståelsen sundhedsstatus, og hvad det betyder for patienterne. Målemæssigt er udfordringen, hvordan man undgår at falde tilbage til proces-orienterede udtryk, fordi det er (for) svært at måle det egentlige behandlingsresultat.

Der er langt igen før – og hvis – tænkningen bag det værdibaserede sundhedsvæsen kan erstatte det nuværende styringsregime – selv delvist. Og der er næppe tale om et fuldgyldigt styringsalternativ. Og værst af alt: Det forkætrede DRG-system med det påståede aktivitetsdrivende element vil næppe kunne erstattes, men muligvis kunne træde til at fungere mere i baggrunden. Hertil kommer, at fokus på outcome-måling utilsigtet kan øge omfanget af dokumentationsarbejde.

Er alt da godt ved det nuværende styringsregime?

Man kan ikke slutte modsætningsvis: Hvis værdibaseret styring ikke helt eller delvist kan afløse det nuværende styringsregime – som groft taget på afregningssiden er baseret på DRG/DAGS indenfor rammerne af et bindende budget, et kvalitetssystem (under udvikling, men med de kliniske databaser som et vigtigt element), patientrettigheder m.m. – må det eksisterende være godt nok. Det er langt fra tilfældet. Der er hele tiden behov for at se kritisk på det eksisterende, især hvis der er tilbagevendende kritikpunkter jfr. tabel 1, og vedvarende søge efter alternativer, der kan supplere det eksisterende eller helt eller delvist erstatte det.

Det er nyttigt at skelne mellem symptomer på problemer, diagnose af, hvad der måtte være kilden/kilderne til problemer, mulige effektive 'behandlinger', og hvad prognosen er for effekter af ændringer. Denne tilgang forfølges nedenfor med vægt på symptomer og diagnoser. Hele debatten om et nyt styringsregime for sygehuse ville vinde ved en systematisk analyse svarende til denne rækkefølge. I debatten er der mange fejlslutninger, som bl.a. har rod i tvivlsomme præmisser.

Vedvarende *symptomer* synes at være a) en for aktivitetsorienteret indsats – dels for meget aktivitet, dels aktivitet, der ikke tilfører sundhedsmæssige værdi, fx 'for mange' ambulatorie-kontroller, eller der burde have været tale om en anden aktivitet, fx undlade kirurgisk behandling og i stedet bruge konservativ behandling i form af fx fysioterapi, og b) at fokuseringen på aktivitet sker på bekostning af kvalitet – forstået som den behandlingsmæssige kvalitet.

I forbindelse med tabel 1 kunne læseren utvivlsomt spore en vis skepsis, fordi de nævnte problemer ikke som sådan var dokumenteret. Derfor kan der jo alligevel godt være noget om det, og at det er for let at affærdige symptomerne med henvisning til manglende videnskabelig evidens. Symptomer skal altid tages alvorligt og undersøges nøje.

Som eksempel kan betragtes en case, som var oppe i medierne omkring juletid 2016. Overskriften på TV2's hjemmeside lød "Læge gjorde det billigere og bedre, men systemet var imod", og det hed videre (med anonymiseret lægenavn):

”Sygehusvæsnet er indrettet, så vi opererer, behandler og undersøger folk, der ikke har behov for det. Det mener en række eksperter.

Ortopædkirurg XXX ville gøre tingene anderledes for nogle år siden. Han mente ikke, at der var behov for at lave så mange knæoperationer, som man lavede. Derfor begyndte hans afdeling på Gentofte Hospital at inddrage patienterne mere i beslutningen.

Ændringen var en succes – eller det skulle man umiddelbart tro. Flere patienter fravalgte operationen. Det var billigere for sundhedsvæsnet, og patienterne var glade.

Ledelsen på Gentofte Hospital var dog ikke særligt begejstrede. ... Det gik jo op for dem, at det var et dilemma, for det var vanskeligt for os at holde produktionskravet for hvor mange operationer, vi skulle lave. For man bliver jo afregnet overfor toppen i regionen om hvor mange operationer, sygehuset laver, siger XXX.

Vi var nødt til at lukke nogle sengepladser, hvis vi ikke fyldte dem, og det betød, at vi skal ud og fyre personale, og det er der ingen, som er interesserede i.

Han understreger, at han ikke blev bedt om at lave operationer, som han ikke mente, der var grund til at lave. Men ledelsens reaktion viser et paradoks i sundhedsvæsnet: Den løsning, som er billigst for sundhedsvæsnet og bedst for patienten, er måske ikke bedst for hospitalets afdeling. (kilde: <http://nyheder.tv2.dk/samfund/2016-12-28-laege-gjorde-det-billigere-og-bedre-men-systemet-var-imod>).

Jeg skrev til den daværende hospitalsdirektør d. 29. december 2016 og spurgte, om ledelsen havde været imod af hensyn til hospitalets indtægtsbudget og resultatkrav. Svaret kom prompte: Nej. Ledelsen havde støttet initiativet.

TV2 havde i fjernsynsdækningen alene forladt sig på den ene part og ikke spurgt fx ledelsen, om reaktionen havde været som påstået. Spørgsmålet er nu, hvad man skal tro: En angiveligt ’tåbelig’ reaktion fra ledelsen (hospital og/eller afdelingsledelsen), som kun tænker på indtægter og høj aktivitet/aktivitetsmål, eller at klinikerne følte sig presset til ”ikke at have for travlt” med at indføre det nye og fagligt rigtige af hensyn til indtægter og produktionsmål? Som symptom er det svært at konkludere noget og da slet ikke stille *diagnosen*: Det er afregningssystemet, der er noget galt med, men det kan jo lidt mere abstrakt være, at problemet ligger et andet sted – nemlig i forståelsen af og anvendelsen af DRG-systemet.

I overskriftsform kunne en variant af *diagnosen* være, at ”der er ikke noget galt med systemet, men det er anvendelsen/forvaltningen/administrationen, der er forkert”. Systemet er her afregningssystemet baseret på DRG/DAGS, og det er ikke et forsvar for systemet, men er en del af forsøget på at stille en mulig diagnose. Hvis dette er en væsentlig diagnose, vil *behandlingen* næppe være at afskaffe brugen af det, men i stedet at se på anvendelsen i hverdagen.

Omsat til praksis er spørgsmålet: Skal menige klinikere overhovedet interessere sig for indtægter og konfronteres hermed, og har DRG/DAGS utilsigtet haft denne effekt og ført til misforståelser, hvor dette hensyn kan gå ud over det fagligt rigtige^c, som måske ville gå ud over afdelingens størrelse og budget (som jeg her, idealistisk antager, slet ikke spiller en rolle i klinikernes forståelse af problemstillingen. Den slags karriererettede overvejelser spiller vel ikke ind?)

Udtrykt på en anden måde er spørgsmålet mere teknisk, hvor langt ned i en organisation man skal føre afregningssystemet, og hvornår det skaber dysfunktionelle incitamenter. En sygehusledelse kan godt bruge rammebudgetter på afdelingsniveau, og samtidig på sygehusniveau basere sig på en betydelig grad af aktivitetsfinansiering. På denne måde er afdelingsledelsen ikke direkte ansvarlig for indtægtsbudgettet, men alene for det samlede afdelingsbudget.

I bogen ”Incitamentsstyring i sygehusvæsenet. Virkningen af øget takststyring og tilhørende incitamenter”⁸⁶, der i lyset af den standende debat fortsat kan læses med betydeligt udbytte, indgik en række interviews med amts-, sygehus- og afdelingsledelser. En sygehusledelse beskrev situationen på følgende måde og illustrerer ovenstående pointe:

”Afdelingerne har altid haft det man kan kalde et rammebudget.” [...] ”Siden 1992 har vi haft budgetstyring – men så har vi øget budgetterne ved at lave projekter.” [...] ”Vi har aldrig afregnet afdelingerne i forhold til deres aktivitet, til gengæld har vi givet dem nogle budgetter og sammen med det konkrete aktivitetsmål der skal opfyldes.” [Interview nr.20, sygehusledelse]

I hele debatten om det aktivitetsfokuserede sygehusvæsen overser man, når påstandene om aktivitet for aktivitetens egen skyld fyger, at det jo så i givet fald må give væsentlige budgetproblemer. Men

^c I den nedenfor omtalte bog om ”Incitamentsstyring i sygehusvæsenet” viste interviewene med afdelingsledelserne entydigt, at de ikke mente, at økonomiske incitamenter påvirkede faglige skøn, ligesom man også ovevejende mente, at aktivitetsfinansiering ikke gik ud over kvaliteten. Fagligheden var stedse i førersædet. Eksintrisk motivation fortrængte ikke den intrinsiske motivation. Hele den nuværende debat om aktivitetsbaseret betaling er stort set blottet for teoretiske holdepunkter.

det er jo ikke tilfældet – fordi styringsregimet jo fortsat er aktivitetsbaseret betaling indenfor en rammestyret økonomi.

Hvis udsagnene om aktivitet af hensyn til indtægtsgenerering er sande, må det jo i et vist omfang være baseret på en betydelig udbudsinduceret efterspørgsel. Da dette i givet fald primært er muligt i forbindelse med ambulatoriebesøg, må det være her, man især skal fokusere, fordi indlæggelser jo overvejende er eksogent styrede med de praktiserende læger i den centrale rolle.

Lad os antage, at den vækst, der fremgår af tabel 2, er udtryk for en større eller mindre grad af udbudsinduktion. Derfor ville diagnosen jo ikke være at afskaffe DAGS-systemet, men snarere hvordan man kunne begrænse ambulatoriebesøgene til det strengt fagligt nødvendige niveau. En simpel løsning ville fx være at lave en 'bundled' ordning for en række DRG-takster, hvor man sammenlægger DAGS for henholdsvis en for- og en efterundersøgelse med DRG-taksten. Keine Hexerei – kun forståelse af, hvad der er det mulige underliggende problem.

Tabel 2 viser nøgletal om aktivitetsudviklingen i det somatiske sygehusvæsen over en tiårig periode. De årlige vækstprocenter er på godt 1 til 2-3 % afhængig af, hvilke tal man ser på. Om det er meget eller lidt er svært at afgøre i lyset af ændrede behandlingsmuligheder- og praksis i løbet af 10-året, men der er ikke noget, der peger på en stigende årlig pct. vækst.

Med 'patienter' tænkes på unikke personer (CPR-numre). Man ser her et svagt fald i antal indlagte patienter, medens der til gengæld er tale om et stigende antal ambulante patienter. Det karakteristiske er, at 'behandlingsintensiteten' er stigende. En ambulante patient havde i 2006 i gennemsnit godt 4 besøg i ambulatoriet (ambulante behandlinger per 1000 ambulante patienter) – et tal der i 2015 var steget til 4,5. Grundudfordringen – som foreliggende data ikke muliggør at analysere – er jo at vurderet, om denne stigning især skyldes blind indtægtsjagt (og udbudsinduktion), eller om det snarere er udtryk for ændret behandlingspraksis med kortere indlæggelser/overgang til sammedags-behandling.

Tabel 2: Aktivitetsudvikling – det somatiske sygehusvæsen

	2006	2010	2015	% 2006-15
Ambulante patienter (pr. 100 indbyggere)	258	276	303	17,4
Ambulante behandlinger (pr. 000 indbyggere)	1053	1182	1366	29,7
Ambulante behandlinger (pr.1000 ambulante patienter)	4085	4277	4514	10,5
Indlagte patienter (pr.1000 indbyggere)	114	116	113	-0,9
Indlæggelser (pr.1000 indbyggere)	200	216	223	11,5
Indlæggelser (pr.1000 indlagte patienter)	1763	1857	1971	11,8

Kilde: Statistikbanken, tabel INDAMP03

Hovedpunkter

- Det værdibaserede sundhedsvæsen har tre omdrejningspunkter: 1. Måling af outcome – ud fra patientens perspektiv, 2. værdibaseret afregning og 3. et organisatorisk princip vedr. forløbsorganisering. Det sidste er ikke diskuteret i denne analyse.
 - Der er tre andre elementer i standardforståelsen, jfr. Porters afgrænsninger: It-system, befolkningsunderlag og tanken om et integreret sundhedsvæsen.
- Forståelsen af 'værdibaseret' i nærværende analyse følger Porters tænkning – (og der er reelt ikke andre, der er nogenlunde sammenhængende).
 - Den porterske værdiopfattelse følger værdiopfattelsen i det almindelige forbrugermarked: 'det som forbrugeren mener giver værdi', – og som i sundhedsvæsenet antages at være forbedret sundhedstilstand.
- Spredningen af ideerne har to byer som udgangspunkt: Boston (Harvard Business School Porters Institute for Strategy and Competitiveness, Boston Consulting Group og to ledende medicinske tidsskrifter) og Stockholm (konsulentfirmaet IVBAR, det IVBAR-understøttede SVEUS-initiative samt Karolinska Sygehus/Institut).
 - Ideerne har indtil nu ikke være diskuteret kritisk: Hvad er nyt, og er det nyttigt og brugbart?
 - Spredningen synes i et vist omfang at være baseret på en ufuldstændig forståelse af konceptet hos fortalere.
- Konceptets empiriske grundlag er p.t. beskedent.
- De svenske SVEUS-forsøg er fortsat ikke understøttet af videnskabelige publikationer, men af PowerPoint-præsentationer med udokumenterede udsagn om betydelige økonomiske gevinster.

- Den anvendte svenske værdibaserede afregningsmodel består af tre komponenter
 - Forløbsbaseret takst, der reelt set er lig med DRG+DAGS, dvs. alene sygehusforløbet.
 - Et (mindre) 'garanti-beløb' for at varetage behandlingen i en vis periode efter udskrivning.
 - En (mindre) P4P-komponent.
- Afregningen er reelt set fortsat aktivitetsbaseret.
- De 6 danske forsøg har ikke stor lighed med konceptet bag det værdibaserede sundhedsvæsen.
- Outcome-tænkningen følger Porters 3-niveau opdeling med outcome forstået som sundhedsstatus på toppen og det langsigtede resultat som niveau tre med niveau to som proces-relaterede udtryk.
 - Det danske PRO-PROM-program ligner grundlæggende outcome-tænkningen bag det værdibaserede sundhedsvæsen, men med vægt på den kliniske og ikke den porterske systemtænkning, hvor fokus er på patientgrupper.
 - Udfordringen for det danske PROM-projekt vil være at undgå at genopfinde den dybe tallerken, dvs. at huske at bruge velvaliderede generiske og sygdomsspecifikke spørgeskemaer uanset graden af patient-involvering ved den oprindelige skema-udvikling.
- Den kritiske vurdering af værdibaseret styring må ikke tages til indtægt for, at alt så er godt ved det nuværende styringsregime. På ingen måde. Men en del af kritikken er overfladisk og ville vinde ved en simpel opdeling i symptomer, diagnose, behandling og forudsigelse af effekt af behandling.

Litteratur

1. What are the value-based programs? 2016. (Accessed 12.12.2016, 2016, at cms.gov.)
2. Overlæger: Økonomisk styring af sygehusene bremser kvalitet i behandlingen. Overlægeforeningen (Nyhedsbrev), 2015. (Accessed 22.12.2016, 2016, at <http://www.laeger.dk/portal/page/portal/Nyhedsbreve/FAS/Overl%C3%A6geforeningen/2015/152015>.)
3. Pedersen K. Økonomisk styring: Kvantitet og kvalitet. Samfundsøkonomen 2015;9.
4. Fredriksson JJ, Ebbevi D, Savage C. Pseudo-understanding: an analysis of the dilution of value in healthcare. BMJ quality & safety 2015;24:451-7.
5. Porter M. Value Based Health Care Delivery: Implications for Denmark (foredrag i København 24.11.2014)2014.
6. Porter ME. Value-based health care delivery. Annals of surgery 2008;248:503.
7. Porter ME. A strategy for health care reform--toward a value-based system. N Engl J Med 2009;361:109-12.
8. Porter ME. What Is Value in Health Care? The New England Journal of Medicine 2010;363:2477-81.
9. Porter ME. Value-Based Health Care and the Role of Outcomes Opportunities for the OECD. Paris2016.
10. Porter ME, Guth C. Redefining German Health Care: Moving to a Value-Based System. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2012.
11. Porter ME, Kaplan RS. How to Pay for Health Care. Harvard business review 2016;94:88-98, 100, 34.
12. Porter ME, Larsson S, Lee TH. Standardizing Patient Outcomes Measurement. N Engl J Med 2016;374:504-6.
13. Porter ME, Lee TH. The Strategy That Will Fix Health Care. Boston: Harvard Business Review; 2013:50.
14. Porter ME, Lee TH. From Volume to Value in Health Care: The Work Begins. Jama 2016;316:1047-8.
15. Porter ME, Pabo EA, Lee TH. Redesigning primary care: a strategic vision to improve value by organizing around patients' needs. Health Aff (Millwood) 2013;32:516-25.
16. Porter ME, Teisberg EO. Redefining competition in health care. Harvard business review 2004;82:64-76, 136.
17. Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care: creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School; 2006.
18. Porter ME, Teisberg EO. How physicians can change the future of health care. Jama 2007;297:1103-11.
19. Bendix HW, Digmann A, Jørgensen P, Møller Pedersen K. Hospitalsledelse: organisatorisk fænomen og faglig disciplin. Kbh: Gyldendal Business; 2012.
20. Pedersen K. Akkreditering og New Public Management: Har det noget med hinanden at gøre? Månedsskrift for Almen Praksis 2015;93:10.
21. Boston Consulting Group. From concept to reality. Putting value based care into practice in Sweden. Stockholm2010.
22. The Value-Based Hospital: A Transformation Agenda 2016. (Accessed 23. december, 2016, at https://www.bcgperspectives.com/content/articles/health_care_payers_providers_transformation_large_scale_change_transformation_agenda/.)
23. Ny tematisk organisation växer fram. 2016. (Accessed 23. december, 2016, at <http://karolinska.se/framtida-karolinska/ny-organisation/>.)
24. Falk LD, Y. Starka incitament för att avbryta införandet av värdebaserad vård. Läkartidningen 2016;113:2.
25. Läkarfacket på Nya Karolinska kräver stopp för ny vårdmodell. Dagens Nyheder 2016. (Accessed 22. december, 2016, at <http://www.dn.se/sthlm/lakarfacket-pa-nya-karolinska-kraver-stopp-for-ny-varldmodell/>.)
26. IVBAR. Value Based steering and support systems for Danish health care. Feasibility study. – Full version. København: Danske Regioner/IVBAR; 2015.
27. Porter MM, CM; Landman, CE. OrthoChoice: Bundled Payments in the County of Stockholm, del A og B (cases). Boston: Harvard Business School; 2015.
28. The Economist Intelligence Unit. Value-based healthcare: A global assessment. London2016.
29. Burwell SM. Setting value-based payment goals--HHS efforts to improve U.S. health care. The New England journal of medicine 2015;372:897-9.
30. Epstein AM. Will pay for performance improve quality of care? The answer is in the details. N Engl J Med 2012;367:1852-3.

31. Jha AK, Joynt KE, Orav EJ, Epstein AM. The long-term effect of premier pay for performance on patient outcomes. *N Engl J Med* 2012;366:1606-15.
32. Kristensen SR, Meacock R, Turner AJ, et al. Long-term effect of hospital pay for performance on mortality in England. *N Engl J Med* 2014;371:540-8.
33. Lindenauer PK, Remus D, Roman S, et al. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *N Engl J Med* 2007;356:486-96.
34. Mullen KJ, Bradley EH. Public reporting and pay for performance. *N Engl J Med* 2007;356:1782-3; author reply 4.
35. Roland M, Campbell S. Successes and failures of pay for performance in the United Kingdom. *N Engl J Med* 2014;370:1944-9.
36. Glickman SW, Ou FS, DeLong ER, et al. Pay for performance, quality of care, and outcomes in acute myocardial infarction. *Jama* 2007;297:2373-80.
37. Rosenthal MB, Dudley RA. Pay-for-performance: will the latest payment trend improve care? *Jama* 2007;297:740-4.
38. Rosenthal MB, Frank RG, Li Z, Epstein AM. Early experience with pay-for-performance: from concept to practice. *Jama* 2005;294:1788-93.
39. Eijkenaar FE, M; Scheppach, M; Schöffski, O. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health Policy* 2013;110:15.
40. Milstein R, Schreyoegg J. Pay for performance in the inpatient sector: A review of 34 P4P programs in 14 OECD countries. *Health Policy* 2016;120:1125-40.
41. Emmert M, Eijkenaar F, Kemter H, Esslinger AS, Schoffski O. Economic evaluation of pay-for-performance in health care: a systematic review. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care* 2012;13:755-67.
42. Scott A, Liu M, Yong J. Financial Incentives to Encourage Value-Based Health Care. *Medical Care Research and Review* 2016.
43. Värdebaserad vård bör bemötas med skarpare kritik. 2016. (Accessed 23. december, 2016, at <http://www.lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2016/06/Vardebaserad-var-d-bor-bemotas-med-skarpare-kritik/?id=34933>.)
44. Järhult B SE, Akner B. Slutreplik från Bengt Järhult och medförfattare: Värdebaserad vård – varför så bråttom? *Läkartidningen* 2015;112:DAY4 2015;112.
45. Nordenstrom J. Värdebaserad vård kan ge bättre vårdutfall. *Läkartidningen* 2014;111:1631-2.
46. Värdebaserad vård införs snabbt – värdig efterträdare till NPM? *Läkartidningen*, 2015. (Accessed 23. december, 2016, at <http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Vardutveckling/2016/05/Vardebaserad-var-d-infors-snabbt--vardig-eftertradare-till-NPM/>.)
47. Svenska Läkaresällskapetets arbetsgrupp. En Värdefull Vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum. Stockholm 2015.
48. Wohlin JI. Remiss-svar till Sveriges Läkarsällskap. Stockholm: IVBAR; 2015.
49. Walshe K. Pseudoinnovation: the development and spread of healthcare quality improvement methodologies. *International Journal for Quality in Health Care* 2009;21:153-9.
50. Flordal PA. Apropå! Den värdebaserade vårdens födelse, levnad och undergång - Den sista »pseudoinnovationen«? . *Läkartidningen* 2015;112.
51. Regioner; D. Kvalitet i sundhed. København 2011.
52. Danske Regioner Team Styring og Sammenhæng. Nye incitamenter og en forbedret økonomisk styring i sundhedsvæse-net. København 2013.
53. Taskforce DR-. Afrapportering Styring efter værdi for Patienten. København 2015.
54. Højgaard BW, RT; Bech, M. Alternative styrings- og afregningsmodeller for sygehuse med afsæt i værdibaseret styring - En kortlægning af regionale forsøg og ordninger. København 2016.
55. Danske Regioner Team Styring og Sammenhæng. Arbejdsrapport: Beskrivelse af afregningsmodeller til at understøtte værdibaseret styring. København 2016.
56. Conrad DA. The Theory of Value-Based Payment Incentives and Their Application to Health Care. *Health services research* 2015;50 Suppl 2:2057-89.
57. Ellis R, McGuire T. Provider behavior under prospective reimbursement. *Journal of Health Economics* 1986;5:129-51.
58. Ellis R, McGuire T. Optimal payment systems for health services. *Journal of Health Economics* 1990;9:375-96.
59. Ellis RP, McGuire TG. Hospital Response to Prospective Payment: Moral Hazard, Selection, and Practice-Style Effects 2. *Journal of Health Economics* 1997;15:257-77.
60. Getting Bundled Payments Right in Health Care *Harvard Business Review*, 2015. (Accessed 12.12.2016, 2016, at <https://hbr.org/2015/10/getting-bundled-payments-right-in-health-care>.)
61. Agency for Healthcare Research and Quality. Bundled Payment: Effects on Health Care Spending and Quality. *Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science*. Rockville 2012.

62. Stromberg L, Ohlen G, Svensson O. Prospective payment systems and hip fracture treatment costs. *Acta orthopaedica Scandinavica* 1997;68:6-12.
63. Lindgren P. Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer. Stockholm: SNS Förlag; 2014.
64. Figueroa JF, Tsugawa Y, Zheng J, Orav EJ, Jha AK. Association between the Value-Based Purchasing pay for performance program and patient mortality in US hospitals: observational study. *BMJ* 2016;353:i2214.
65. Wohlin JS, H; et al. Nytt ersättningsystem och vårdval höft- och knäprotesoperationer. Uppföljningsrapport. Stockholm 2016.
66. Altman SH. The lessons of Medicare's prospective payment system show that the bundled payment program faces challenges. *Health Aff (Millwood)* 2012;31:1923-30.
67. Bundled Payments for Care Improvement (BPCI) Initiative: General Information 2016. (Accessed 20.12.2016, 2016, at <https://innovation.cms.gov/initiatives/bundled-payments/>.)
68. Tsai TC, Greaves F, Zheng J, Orav EJ, Zinner MJ, Jha AK. Better Patient Care At High-Quality Hospitals May Save Medicare Money And Bolster Episode-Based Payment Models. *Health Aff (Millwood)* 2016;35:1681-9.
69. Tsai TC, Joynt KE, Wild RC, Orav EJ, Jha AK. Medicare's Bundled Payment initiative: most hospitals are focused on a few high-volume conditions. *Health Aff (Millwood)* 2015;34:371-80.
70. Conrad D, Grembowski D, Gibbons C, et al. A report on eight early-stage state and regional projects testing value-based payment. *Health Aff (Millwood)* 2013;32:998-1006.
71. Conrad DA, Grembowski D, Hernandez SE, Lau B, Marcus-Smith M. Emerging lessons from regional and state innovation in value-based payment reform: balancing collaboration and disruptive innovation. *The Milbank quarterly* 2014;92:568-623.
72. Oecd. OECD Health Policy Studies Better Ways to Pay for Health Care. FR: OECD Publishing; 2016.
73. Kaplan RS. Improving value with TDABC. *Healthcare financial management : journal of the Healthcare Financial Management Association* 2014;68:76-83.
74. Kaplan RS, Anderson SR. Time-driven activity-based costing. *Harvard business review* 2004;82:131-8, 50.
75. Kaplan RS, Porter ME. How to solve the cost crisis in health care. *Harvard business review* 2011;89:46-52, 4, 6-61 passim.
76. Kaplan RS, Witkowski M, Abbott M, et al. Using time-driven activity-based costing to identify value improvement opportunities in healthcare. *Journal of healthcare management / American College of Healthcare Executives* 2014;59:399-412.
77. Bukh P. Time-Driven ABC – nemmere og mere effektive ABC-modeller. *Controlleren. København Børsen*; 2007.
78. Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS). PROGRAM PRO - Anvendelse af PRO-data i kvalitetsudviklingen af det danske sundhedsvæsen. *Anbefalinger og vidensgrundlag. København* 2016.
79. Pedersen K, Wittrup-Jensen K, Brooks R, Gudex C. Værdisætning af sundhed. *Teorien om kvalitetsjusterede leveår og en dansk anvendelse. Odense: Syddansk Universitetsforlag*; 2003.
80. Appleby JD, N; Parkin D. Using patient reported outcomes to improve health care. *West Susses: John Wiley & Sons*; 2016.
81. Street A, Gutacker N, Bojke C, Devlin N, Daidone S. Variations in outcome and costs among NHS providers for common surgical procedures: econometric analyses of routinely collected data. *Southampton (UK): NIHR Journals Library - Health Services and Delivery Research* 2014.
82. Varagunam M, Hutchings A, Neuburger J, Black N. Impact on hospital performance of introducing routine patient reported outcome measures in surgery. *Journal of health services research & policy* 2014;19:77-84.
83. Hutchings A, Neuburger J, van der Meulen J, Black N. Estimating recruitment rates for routine use of patient reported outcome measures and the impact on provider comparisons. *BMC health services research* 2014;14:66.
84. Coronini-Cronberg S, Appleby J, Thompson J. Application of patient-reported outcome measures (PROMs) data to estimate cost-effectiveness of hernia surgery in England. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2013;106:278-87.
85. Sundhedsstyrelsen. Kontrolforløb for gynækologiske kræftpatienter – en medicinsk teknologivurdering. *København* 2009.
86. Pedersen K, Bech M, Hansen M. Incitamentsstyring i sygehusvæsenet. *Virkningen af øget takststyring og tilhørende incitamentter. Odense: University Press of Univesity of Southern Denmark*; 2006.