

Kvalitetsbasert finansiering

Michael 2017; 14: Supplement 19, 68–74.

Kvalitetsbasert finansiering (KBF) er i skuddet. Kvaliteten på helsetjenestene er ikke god nok, og håpet er at riktig dose med økonomiske insentiver kan bidra til å heve den. Men, det å gi de korrekte insentiver er ikke enkelt. I denne artikkelen drøftes det teoretiske grunnlaget for KBF. Deretter oppsummeres de viktigste resultatene fra KBF-ordninger som er evaluert. En av konklusjonene er at KBF-ordningene er innført uten at det er etablert kontrollgrupper som kan si noe om ordningenes effekter. Dette gjør at vi ikke vet om økonomiske insentiver er et velegnet virkemiddel for å fremme helsetjenester av god kvalitet.

Innledning

Kvalitetsbasert finansiering (KBF) er en betalingsordning som direkte knytter betalingen en helseprodusent får til kvaliteten på helsetjenestene som blir levert. Målsetningen med ordningene er å heve kvaliteten på helsetjenesten. I denne artikkelen drøftes det teoretiske grunnlaget for KBF. Deretter oppsummeres de viktigste resultatene fra KBF-ordninger som er evaluert. KBF er innført i mange land. I 2012 var KBF innført i 15 OECD-land (1). I Norge ble KBF innført i januar 2014 som en treårig forsøksordning for spesialisthelsetjenesten. Årlig settes det av om lag 500 millioner kroner til slik finansiering. Det overordnede formålet med KBF-ordningen er å bidra til høyere måloppnåelse i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet samlet sett. Ved å bruke økonomiske insentiver for å motivere til høyere måloppnåelse på utvalgte indikatorer, er tanken at det på sikt vil føre til forbedret kvalitet i spesialisthelsetjenesten i sin helhet (2).

KBF-ordningene skiller seg i sin utforming, men har noen fellestrekk (1,3). For det første spesifiserer KBF-ordningene hvilke kvalitetsmål som er ment å oppnås. Målene deles ofte inn i tre typer: resultatmål, prosessmål og strukturmål. Redusert dødelighet og pasienttilfredshet er eksempler på

resultatmål, hemoglobintesting av diabetespasienter er et eksempel på prosessmål, mens egne slagenheter er et strukturmål.

For det andre defineres hvilke dimensjoner av kvalitet som utløser betaling. For det tredje spesifiseres betalingsordningen. Eksempelvis, er det helseprodusentene som leverer best kvalitet, eller er det dem som har størst forbedring, som skal belønnes? Skal belønningen være basert på absolutt eller relativ prestasjon, og hvor stor skal belønningen være?

For det fjerde defineres regler for datainnsamling samt hvordan kvalitet verifiseres. Skal for eksempel data samles inn elektronisk og hvordan skal pasienttilfredshet måles? Og, hvordan skal eventuelle tvister mellom betaler og utfører avgjøres?

Til slutt beskrives styringssystemer som skal sikre at KBF-ordningen virker som planlagt. For eksempel hvordan utilsiktede virkninger av ordningen skal begrenses, og hvordan ordningen skal evalueres.

Til grunn for innføring av KBF ligger det en erkjennelse om at helsetjenesten ikke leverer god nok kvalitet, for eksempel ved at (kunnskapsbaserte) retningslinjer ikke følges og at avvik ikke følges godt nok opp, samt at ikke-finansielle virkemidler ikke har greid å løse denne utfordringen. Siden tradisjonelle finansieringsordningene, som fee for service, per capita finansiering eller aktivitetsbasert finansiering, ikke inneholder eksplisitte insentiver til å tilby helsetjenester av god kvalitet er KBF typisk innført som separate initiativ og som et supplement til gjeldende finansieringsordninger.

Det teoretiske grunnlaget for KBF

Det teoretiske grunnlaget for KBF er samfunnsøkonomisk prinsippal- og agentteori. Denne teorien tar utgangspunkt i at en prinsippal delegerer produksjon av helsetjenester til en agent. I helsesektoren er bestilleren av helsetjenester prinsippalen, mens legen eller sykehuset er agenten. For å sikre at helsetjenester av god kvalitet leveres til en akseptabel pris vil prinsippalen og agenten inngå en avtale om hva som skal leveres, og til hvilken pris. Kontrakten kalles en klassisk kontrakt dersom den er utformet slik at en uavhengig tredjepart (rettsvesenet) kan avgjøre tvisten ved uenighet mellom partene om vilkårene i kontrakten er oppfylt eller ikke. Mange av KBF-ordningene som er innført bygger på klassiske kontrakter (4,5). Dette begrenser hvilken type kvalitet som inngår i KBF. Eksempelvis har det vist seg vanskelig å kontraktsfeste helseforbedring målt som endring i helsestilstanden til en pasient.

I andre tilfeller er kontrakten mellom prinsippalen og agenten relasjonell. Dvs. kontrakten er utformet slik at begge parter har interesse av å utvikle og opprettholde et langsiktig forhold. Dersom det oppstår uenighet mellom

partene om kontrakten er oppfylt reforhandles kontrakten. Siden begge partene har egeninteresse i å opprettholde et langsiktig forhold, vil reforhandlingsprosessen kunne foregå disiplinert. Relasjonelle kontrakter brukes ofte som et supplement til eierstyring i helsesektoren. Dvs. i tilfeller hvor bestilleren, for eksempel det regionale helseforetaket, eier organisasjonen (helseforetaket) som utfører helsetjenesten. KBF-ordningen som er innført i den norske spesialisthelsetjenesten, er av den relasjonelle typen. Dette følger fordi (de fleste) helseprodusentene som omfattes av KBF er eid av de regionale helseforetakene. Ved uenighet om kontrakten er oppfylt kan derfor eier benytte sin styringsrett og implementere sitt syn.

En utfordring når KBF skal utformes, er at agenten (helseprodusenten) typisk utfører flere oppgaver som prinsipalen (bestiller) verdsetter. Eksempelvis vil prinsipalen være interessert i både antall behandlinger som utføres samt at behandlingene utføres på billigst mulig måte for en gitt kvalitet. I prinsipal-agent teorien omtales dette som fleroppgaveproblemet (eller multi-task-problemet), se (6). Utfordringen prinsipalen står overfor er at ved å belønne noen former for aktivitet risikerer hun at agenten fokuserer utelukkende på disse oppgavene, og nedprioriterer andre oppgaver som prinsipalen verdsetter. I slike tilfeller sier vi at oppgavene er substitutter. Oppgaver som konkurrerer om agentens tid er eksempler på substitutter: det å bruke mer tid på én pasient (gir bedre kvalitet) går utover antall pasienter som kan behandles (kvantitet).

I andre tilfeller er oppgavene som agenten utfører komplementær. Dvs., at hvis agenten blir stimulert til å øke innsatsen på en oppgave, vil agenten samtidig gjøre det bedre på andre oppgaver. Et eksempel som illustrerer komplementære oppgaver i en KBF-ordning kan være at dersom sykehus blir stimulert til å redusere postoperative infeksjoner så vil antall pasienter som kan behandles økes gjennom redusert liggetid for pasientene.

Fleroppgaveproblemet kan i tillegg skape utfordring ved at noen av oppgavene agenten utfører er verifiserbare mens andre ikke er det. For eksempel vil både kommunikasjon mellom lege og pasient samt hemoglobintesting påvirke kvaliteten på behandlingen som gis til diabetikere. Her kan man tenke seg at hemoglobintesting er verifiserbar mens dette ikke er tilfelle for lege-pasientkommunikasjon. Ved å knytte insentiver til den første oppgaven kan en tenke seg at legen prioriterer hemoglobintesting på bekostning av pasientsamtaler rundt for eksempel kosthold.

Den tradisjonelle prinsipal-agentteorien tar utgangspunkt i at agenten kun er opptatt av å maksimere differansen mellom finansiell avlønning og eventuell unytte ved innsats. Mange av de som jobber i helsesektoren, for eksempel leger og sykepleiere, er imidlertid også opptatt av pasientens helse

eller velferd, dvs. de er altruistiske. Dette har implikasjoner for hvordan insentiver virker og om det er ønskelig å introdusere KBF eller ikke.

En studie som analyserer hvordan altruisme påvirker effekten av KBF er (7). Den analyserer tilfellet hvor en altruistisk agent utfører to oppgaver hvor kun én av oppgavene kan verifiseres i en kontrakt. I tilfellet hvor oppgavene er substitutter viser hun at gevinsten av bedre utfall på den verifiserbare oppgaven mer enn oppveies av tapet som oppstår fordi agenten nedprioriterer den andre (ikke-verifiserbare) oppgaven. Hennes konklusjon er derfor at en bør være forsiktig med å innføre KBF-ordninger når oppgavene som helseprodusenten utfører er substitutter.

(8) videreutvikler Eggleston-modellen (7) ved å stille spørsmålet om hvor kraftige insentiver som bør gis gitt at KBF innføres. Igjen antas det at agenten utfører to oppgaver hvor kun én er oppgavene er verifiserbar. Forfatterne viser at styrken på insentivene avhenger av to forhold. For det første om oppgavene er substitutter eller komplementær, og for det andre av hvor altruistisk agenten er.

Fra teorien følger det at en bør kartlegge i hvilken grad kvalitet er verifiserbar eller ikke, hvilke av oppgavene som er substitutter og hvilke som er komplementær, og i hvilken grad helseprodusentene avveier egen inntekt mot pasientenes helse/velvære før en bestemmer om KBF bør innføres, og eventuelt hvordan KBF-ordning skal designes.

Noen resultater fra KBF-evalueringer

Det finnes flere litteraturoversikter som oppsummerer effektene av KBF-ordninger. To nylige publiserte litteraturoversikter er (1,9). I (1) drøftes resultatene og erfaringene fra KBF-ordninger i 10 OECD-land, mens (9) oppsummerer resultatene fra 128 studier som evaluerer ulike KBF-ordninger. Noen KBF-ordninger er kun evaluert én gang, mens andre er evaluert flere ganger. For eksempel viser (9) til 28 studier som evaluerer den britiske KBF-ordningen *Quality and Outcome Framework* QOF. Dette er en ordning som ble innført i 2004 for å forbedre kvaliteten til kronikergrupper i Storbritannia, se for eksempel (10).

De fleste studiene som er gjennomført, evaluerer de kortsiktige effektene av KBF-ordningene, mens f.eks. (11) evaluerer de mer langsiktige effektene. Andre studier fokuserer igjen på uønskede vridningseffekter av KBF, dvs. i hvilken grad KBF-ordninger har bidratt til uønskede effekter. Et eksempel på en slik studie er (5). Andre analyserer om kvalitetsdimensjoner er substituttet eller komplementær, (12), og om KBF er designet ut fra de teoretiske anbefalingene som (prinsipal-agent)-teorien gir (13,14).

En utfordring de fleste av studiene som evaluerer KBF-ordninger møter, er at disse ikke er implementert på en måte som tilfredsstillende krav til god metodisk evaluering. For eksempel er mange KBF-ordninger innført uten at det er etablert en kontrollgruppe som kan si noe om utviklingen i kvaliteten for (tilsvarende) enheter som ikke er med i KBF.

I hvilken grad det er mulig å etablere valide kontrollgrupper vil blant annet avhenge av måten tiltaket innføres på. Det er for eksempel en stor fordel om det bare innføres ett virkemiddel, og at dette virkemiddelet innføres på ulike tidspunkt for ulike enheter.

I tillegg er det ofte slik at reformer trenger tid til å virke. Selv om det er kjent at økonomiske insentiver trer i kraft fra en gitt dato, kan aktørene trenge tid til å tilpasse seg endrede rammevilkår, for eksempel for å investere i kvalitetsforbedring. Derfor er det viktig å ha observasjoner fra en lang nok periode etter at KBF-ordningen er innført. Og, for å etablere et sammenligningsgrunnlag trenger man også data fra perioden før KBF blir innført. Igjen må perioden være lang nok til at tilfeldige variasjoner blir vasket bort slik at man kan observere om det er en underliggende trend i utviklingen.

Den norske KBF-ordningen og dens innføring illustrerer hvor vanskelig det er å gjennomføre gode evalueringer. Denne ordningen ble innført i hele landet samtidig uten en definert kontrollgruppe, antall kvalitetsindikatorer som er inkludert i ordningen er utvidet både i 2014 og i 2015, og ordningen ble satt i gang samtidig med andre nasjonale initiativ som også hadde som formål å heve kvaliteten i spesialisthelsetjenesten (pakkeforløp, pasientsikkerhetsprogrammet og 3-års handlingsplan for Nasjonal kvalitetsindikatorsystem). KBF-ordningen ble evaluert i 2015, dvs. under to år etter at KBF-ordningen ble innført (15). Med dette som bakteppe er det ikke overraskende at forskerne ikke finner klare effektene av KBF-ordningen.

Hva finner så evalueringstudiene når det gjelder effektene av KBF på kvalitet og pasientenes helsetilstand? Jo, effektene varierer mellom studier og er i størrelsesorden typisk små. For eksempel viser oppsummeringen i (9) referert ovenfor at gjennomsnittseffekten i de 128 studiene er en femprocents forbedring. (16) er en av få studier som viser en signifikant effekt på 30-dagers dødelighet i sykehus. Men, effekten er bare kortvarig. I en oppfølgingsstudie finner forfatterne at etter tre og et halvt år er effekten på dødelighet ikke-signifikant, se (11).

Hva så med forholdet komplementer eller substitutter? Dette er et område som ikke er mye undersøkt. De to studiene jeg kjenner til, er (12, 17). I den første studien estimerer forfatterne mulige spilloreffekter fra dimensjoner av kvalitet som er gitt insentiver til dimensjoner av kvalitet som ikke er en del av KBF-ordningen QOF. Forfatterne finner at disse

dimensjonene av kvalitet er komplementer og effektene er relativt store: Økningen i de ikke-insentiverte dimensjonene er på nesten 11-prosentpoeng to år etter at QOF ble innført. Den andre studien finner derimot motsatt resultat. Dvs., forfatterne finner en svak nedgang i de områdene av kvalitet som ikke gis finansielle insentiver (17).

En studie av uintenderte effekter er (5). Forfatterne studerer om engelske primærleger endrer sin vurdering av hvilke pasienter som er skikket til å få behandling inkludert i QOF. De argumenterer at dersom flere pasienter – som trolig ikke vil følge opp behandlingen slik som QOF forutsetter – blir vurdert som uegnet for behandling etter at QOF er innført, er dette et eksempel på en uintendert effekt. Studien finner indikasjoner på at KBF-ordningen har uintenderte effekter.

Oppsummering

Kvalitetsbasert finansiering er i skuddet. Kvaliteten på helsetjenestene er ikke god nok, og håpet er at riktig dose med økonomiske insentiver kan bidra til å heve den. Men, det å gi de korrekte insentiver er ikke enkelt. Fra økonomisk teori vet vi at manglende muligheter til å skrive verifiserbare kontrakter, fleroppgaveproblemet og altruistiske agenter øker utfordringene med å bruke økonomiske insentiver. Dette er aspekter som er høyst relevante i helsesektoren. De evalueringene som er gjennomført, viser at KBF-ordninger kan gi en effekt på kvaliteten, men at effekten er liten og noen ganger ikke tilstede i det hele tatt. Evalueringene indikerer også at effektene kan være kortsiktige, og at utilsiktede virkninger kan oppstå. Stort sett alle evalueringsstudier som er gjennomført, lider under av at KBF-ordningene er innført uten at det er etablert en kontrollgruppe som kan si noe om ordningens effekter. Dette gjør at vi fremdeles ikke vet om økonomiske insentiver er et velegnet virkemiddel for å fremme helsetjenester av god kvalitet. Det er derfor viktig at en tenker over hvordan gode kontrollgrupper kan etableres når en planlegger å innføre nye KBF-ordninger.

Takk til Tor Iversen for kommentarer på et tidligere utkast.

Litteratur

1. Cashin C, Chi YL, Smith P, Borowitz M, Thomson S. *Paying for performance in healthcare: Implications for health system performance and accountability*. Buckingham: Open University Press, 2014.
2. Meld. St. 10. *God kvalitet – trygge tjenester – Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*.

3. Ryan A. Hospital-based pay-for-performance in the United States. *Health Econ.* 2009;18(10):1109–13.
4. Rosenthal MB, Fernandopulle R, Song HR, Landon B. Paying for quality: providers' incentives for quality improvement. *Health Aff.* 2004;23 (2):127–41.
5. Gravelle H, Sutton M, Ma A. Doctor behaviour under a pay for performance contract: Treating, cheating and case finding? *The Econ J.* 2010;120 (542):F129–56.
6. Holmstrom B, Milgrom P. Multitask principal-agent analyses: incentive contracts, asset ownership, and job design. *J Law Econ Organ.* 1991;7 (suppl):24–52.
7. Eggleston K. Multitasking and mixed systems for provider payment. *J Health Econ.* 2005; 24(1):211–23.
8. Kaarboe O, Siciliani L. Multitasking, quality and pay for performance. *Health Econ.* 2011; 20(2):225–38.
9. Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: effects, design choices, and context of pay for-performance in health care. *BMC Health Serv Res.* 2010;10: 247.
10. Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, Roland M. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med.* 2006;355:375–84.
11. Kristensen SR, Meacock R, Turner AJ, Boaden R, McDonald R, Roland M, Sutton M. Long-term effect of hospital pay for performance on mortality in England. *N Engl J Med.* 2014;371:540–48
12. Sutton M, Elder R, Guthrie B, Watt G. Record rewards: the effects on targeted quality incentives on the recording of risk factors by primary care providers. *Health Econ.* 2010;19(1): 1–13.
13. Hagen TP, Iversen T, Moger TA. Risikojustering ved måling av predikert dødelighet etter hjerteinfarkt. *Tidsskr Nor Legeforen.* 2016; 136:423–7.
14. Kristensen SR, Siciliani L, Sutton M. Optimal price-setting in pay for performance schemes in health care. *J Econ Behav Organ.* 2016; 123: 57–77.
15. Sirona Health Solutions. *Evaluering av kvalitetsbasert finansiering (KBF)*. Stockholm: Sirona Health Solutions, 2015.
16. Sutton M, Nikolova S, Boaden R, Lester H, McDonald R, Roland M. Reduced mortality with hospital pay for performance in England. *N Engl J Med.* 2012; 367: 1821–28.
17. Doran T, Kontopantelis E, Valderas JM et al. Effect of financial incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities: longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework. *BMJ.* 2011; 342: d3590–d3590.

Oddvar Kaarboe

Professor

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

Universitetet i Oslo

0318 Oslo

o.m.kaarboe@medisin.uio.no