

Pay for performance

– *resultatbaserad ersättning: en litteraturöversikt*



Sveriges Kommuner och Landsting

118 82 Stockholm. • *Besök* Hornsgatan 20

Tfn 08-452 70 00. • *Fax* 08-452 70 50 • info@skl.se • www.skl.se

Upplysningar om rapportens innehåll lämnas av:
Staffan Lindvall

Författare: Stefan Håkansson och Michael Högberg

Förbundets trycksaker beställs på

www.skl.se/publikationer • *tfn* 020-31 32 30 • *fax* 020-31 32 40

ISBN: 978-91-7164-496-1

© Sveriges Kommuner och Landsting 2009

Innehåll

Innehåll	3
Förord	4
Sammanfattning	5
Pay for Performance – sammanfattning av litteraturöversikten	7
Inledning	8
Payment by results i Storbritannien	9
Quality and Outcomes Framework - QOF	10
Syfte	11
Metod	12
Resultat	13
Redovisning av studier.....	13
P4P projekt i Sverige	26
Omdömen om P4P i litteraturen	27
Sammanfattning av litteraturöversikten.....	40
Referenser	41
Bilaga 1. Kännetecken för betalningssystem i hälso- och sjukvården.....	47
Bilaga 2. Ordlista.....	48
Bilaga 3: Resources.....	52
Bilaga 4. Svensk sjukvård i internationell belysning	53
Makroekonomiska aspekter.....	53
Kostnader och finansiering av hälso- och sjukvården.....	53
Hälso- och sjukvårdskostnader per capita för 2007 i OECD-länderna samt hälso- och sjukvårdskostnadernas andel av BNP	55
I jämförelse med OECD har Sverige:.....	56
Framtida demografisk utveckling under perioden 2000-2040	57
Health Consumer Powerhouse : 2009 Euro Health Consumer Index 2009.....	58

Förord

Pay for performance – resultatbaserad ersättning: en litteraturöversikt

Rapporten är skriven av Stefan Håkansson och Michael Högberg inom ett uppdrag från Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Stockholms läns landsting. Utvecklingen av resultatbaserad ersättning (målrelaterad ersättning, kvalitetser-sättning, etc) är under stark utveckling inom hälso- och sjukvården och detta kunskapsunderlag har presenterats i olika sammanhang. Efterfrågan avseende kunskap inom området är stort varför det här skriften publiceras som en del inom det nationella utvecklingsprojektet för ersättningsystem inom hälso- och sjukvård.

Sveriges Kommuner och landsting har fått regeringens uppdrag att bedriva ett projekt med syfte att stimulera, utveckla och underlätta landstingens arbete med system för ersättningar inom hälso- och sjukvården. Projektet ska stödja en positiv utveckling av hälso- och sjukvården.

Pay- for- performance (P4P) eller resultatbaserad ersättning är ett mycket omfattande försök att reformera sjukförsäkringssystemet. Längst har man kommit i Storbritannien och USA, men även flera andra länder utvärderar systemet. Syftet är att betala för förutbestämda krav som måste vara uppfyllda för att ersättning skall utgå.

P4P går också under begreppet ”value-based purchasing”, d.v.s. värdebaserad beställning, som ersätter läkare (solo eller gruppraktik) och andra utförare för kvalitet och effektivitet. Det har också föreslagits att ett negativt incitament (ett slags vite) borde införas vid medicinsk felbehandling eller alltför höga kostnader. Erfarenheter från flera pilotstudier i olika sjukvårdssystem har visat på modesta ökningarna vid speciella utfallsmått (outcome), men ingen kostnadsminskning p.g.a. ökade administrativa kostnader.

Resultatbaserad ersättning baseras på om vårdproducenten uppnått ett i förväg fastställt resultat eller en viss resultatförbättring. Att använda resultatbaserad ersättning för att ersätta olika producenter med utgångspunkt från uppnådda hälsovinster är därför tilltalande. Denna ersättningsform är trots det fortfarande mycket ovanlig p.g.a. svårigheterna att mäta resultat (hälsa) på ett invändningsfritt sätt.

I Sverige har övergången från anslag till prestationsersättning visat sig kunna öka produktiviteten, men den ökade aktiviteten utmanar också förmågan att hålla kontroll på kostnadsutvecklingen.

Staffan Lindvall
Projektledare
Utveckling av ersättningsystem inom hälso- och sjukvård

Sammanfattning

Resultatbaserad ersättning baseras på om vårdproducenten uppnått ett i förväg fastställt resultat eller en viss resultatförbättring. Syftet med litteraturöversikten var att klarlägga det vetenskapliga kunskapsunderlaget avseende resultatbaserad ersättning eller pay-for-performance såsom det beskrivs i publicerade artiklar eller rapporter.

Litteratursökning har gjorts via Medline och referenser i funna artiklar har följts upp. Sökord har varit pay for performance, P4P, payment by results m.m i kombinationer med reimbursement, cost effectiveness, efficiency, quality improvement och health care. Sökning har också skett via kontakter med institutioner i Sverige och utomlands, bl.a. med exempelvis Commonwealth fund i New York, vilka kvalitetsgranskat referensurvalet. Ett trettiotal artiklar över studier och utvärderingar har utvalts. Efter noggrann selektering har cirka 30 artiklar utvalts. Därutöver har artiklar som innehåller kommentarer eller framför olika rön avseende P4P genomgått. Några av dessa redovisas även.

Prestationsbaserade system har en tendens till överanvändning av sjukvårdens resurser, medan per capita och lönebaserade system leder till underutnyttjande av sjukvårdens resurser. Pay-for-Performance (P4P) eller resultatbaserad ersättning är ett mycket omfattande försök att reformera sjukvården. Längst har man kommit i Storbritannien och USA, men även i andra länder förekommer systemet. Syftet är att betala för förutbestämda krav som måste vara uppfyllda för att ersättning skall utgå. P4P går också under begreppet ”value-based purchasing”, d.v.s. värdebaserad beställning, som ersätter läkare (solo eller gruppraktik) och andra vårdgivare för kvalitet och effektivitet.

Över 90 procent av P4P programmen kommer från USA och Storbritannien. I Europa är P4P ett relativt nytt koncept med Storbritannien som första land att införa P4P. Där används begreppet Payment by Results (PbR). Det är förvånande lite som är känt vad gäller effekten av Pay-for-Performance. Trots en avsaknad av evidens rörande P4P implementeras programmen i snabb takt. I USA har tillväxten av P4P program ökat explosionsartat. 2003 fanns det strax över 30 nationella program och fem år senare har över 100 privata program dokumenterats. Det federala och delstatliga Medicaid hade i juli 2006 infört P4P i mer än hälften av programmen och förväntas nå en täckningsgrad på 85 procent 2011. Mer än hälften av läkarna i privata HMO:s ersätts via Pay-for-Performance-modeller, vilket motsvarar mer än 80 procent av det totala antalet enrollerade patienter i HMO. Flera läkarorganisationer i USA har dock varit oroad för den utveckling som P4P har tagit.

Det största icke federala P4P programmen gäller Integrated Healthcare Association (IHA), som är ett samarbete mellan hälsoplaner, läkargrupper och sjukhus i Kalifornien. År 2007 deltog 40 000 läkare i programmet som innehöll ett bonusprogram på 65 miljoner dollar, cirka 2 procent av alla ersättningar.

Vi har förvånansvärt lite evidens för hur vi ska utforma en incitamentsinriktad P4P policy. De fåtaliga studier som har rapporterats har varit småskaliga och varit

svåra att generalisera utifrån. Med undantag från Storbritannien har pay-for-performance incitamenten varit relativt små, kanske för små för att ge effekt på klinisk praxis. Som med all annan utvärdering är det viktigt att utforma systemen så att oönskade sidoeffekter inte uppstår. Risk för patientselektering finns, liksom att läkaretiken kan påverkas negativt när incitamenten blir för stora.

I Sverige förekommer några projekt rörande målrelaterad ersättning (P4P), exempelvis kring diabetes typ II i Region Skåne och hjärtsvikt i Västra Götaland . I Östergötland har resultatbaserad ersättning i primärvården utvärderats.

Pay for Performance – sammanfattning av litteraturoversikten

- Över 90 procent av P4P programmen kommer från USA och Storbritannien
- Relativt få publicerade studier, ofta av tveksam vetenskaplig kvalitet
- Ett trettiotal studier har valts ut. Berör vaccinationsprogram, screening (mammografi m.m.), prevention, kronikersjuka m.m., akut och elektiv vård, sjukhus, läkare och annan vårdpersonal
- Långsiktig evidens saknas, kortsiktiga resultat osäkra
- Modesta eller inga öknings i utfallsmått men kraftigt ökade administrationskostnader
- Optimal storlek på incitament för att uppnå kvalitetshöjning är inte undersökt
- Premiering av hög kvalitet vs relativ kvalitetshöjning behöver utvecklas
- P4P vs andra incitament oklart
- Inverkan av P4P jämfört med allmän trend oklar
- Bristande förutsättningar för uppföljning - flera observationsstudier med oklara samband
- Småskaliga studier – generaliserbarheten blir lidande
- Vetenskapliga utvärderingar som är trovärdiga och av hög kvalitet behövs
- Program och kvalitetsmått olika - samordning av program och utfallsmått önskvärt
- Relationen kostnader vs kvalitet/effektivitet måste klargöras
- Dokumentationen av kontexten viktig liksom dokumentation av oväntade och negativa händelser, t.ex. patientselektering
- Intresset från amerikanska läkare tycks ha svalnat

Inledning

Pay-for-performance (P4P) eller resultatbaserad ersättning är ett mycket omfattande försök att reformera sjukförsäkringssystemet. Längst har man kommit i Storbritannien och USA, men även flera andra länder utvärderar systemet. Syftet är att betala för förutbestämda krav som måste vara uppfyllda för att ersättning skall utgå.

P4P går också under begreppet ”value-based purchasing”, d.v.s. värdebaserad beställning, som ersätter läkare (solo eller gruppraktik) och andra utförare för kvalitet och effektivitet. Det har också föreslagits att ett negativt incitament (ett slags vite) borde införas vid medicinsk felbehandling eller alltför höga kostnader. Erfarenheter från flera pilotstudier i olika sjukvårdssystem har visat på modesta ökningsar vid speciella utfallsmått (outcome), men ingen kostnadsminskning p.g.a. ökade administrativa kostnader.

Resultatbaserad ersättning baseras på om vårdproducenten uppnått ett i förväg fastställt resultat eller en viss resultatförbättring. Att använda resultatbaserad ersättning för att ersätta olika producenter med utgångspunkt från uppnådda hälsovinsten är därför tilltalande. Denna ersättningsform är trots det fortfarande mycket ovanlig p.g.a. svårigheterna att mäta resultat (hälsa) på ett invändningsfritt sätt.

I Sverige har övergången från anslag till prestationsersättning visat sig kunna öka produktiviteten, men den ökade aktiviteten resulterade också i ökade kostnader. Detta medförde att debatten och arbetet kring ersättningsprinciperna efterhand alltmer kom att handla om kostnadskontroll (**Jacobsson, 2007**).

I Europa är Pay-for-Performance ett relativt nytt koncept med Storbritannien som första land att införa P4P. Där används begreppet Payment-by-results. En nackdel hos traditionella ersättningsmodeller är avsaknaden av kvalitetsmått. Prestationsbaserade system har en tendens till överanvändning av sjukvårdens resurser, medan kapitering och lönebaserade system leder till underutnyttjande av sjukvårdens resurser. Se bilaga 1. I USA har tillväxten av P4P ökat explosionsartat. 2003 fanns det strax över 30 nationella program och fem år senare har över 100 privata program dokumenterats (**Leapfrog Compendium website 2005**). Mer än hälften av kommersiella HMO i USA, representerande mer än 80 procent av enrollerade personer använder Pay-for-Performance i sina kontrakt med vårdgivarna. Av 126 health plans (hälsoplaner) används närmare 90 procent av läkare och 38 procent av sjukhusen (**Rosenthal et al, 2006**).

I USA hade den delstatliga Medicaid i juli 2006 infört P4P i mer än hälften av programmen och förväntas nå en täckningsgrad på 85 procent 2011.

Ett P4P program som backas upp av stora arbetsgivare är ”Bridges to Excellence (BTE)”, som syftar till att genom bonusprogram till läkare öka sjukvårdens kvalitet. Man arbetar inom fyra områden: 1) Diabetes Care Link, 2) Cardiac Care Link, 3) Spine Care Link och 4) Physician Office Link. BTE har under de senaste fem åren utbetalt 12 miljoner dollar som incitament till läkare i 18 delstater i USA.

O’Reilly (2008) sammanfattar i samma nyhetsbrev att P4P har haft mycket liten effekt på vårdkvaliteten.

Det största icke statliga P4P programmet gäller Integrated Healthcare Association (IHA), som är ett samarbete mellan hälsoplan, läkargrupper och sjukhus i Kalifornien. År 2007 deltog 40 000 läkare i programmet som innehöll ett bonusprogram på 65 miljoner dollar, cirka 2 procent av alla ersättningar.

Det är viktigt att påminna om att P4P inte primärt syftar till att minska sjukvårdskostnaderna utan i stället öka värdet för pengarna. En mycket omdiskuterad aspekt på P4P gäller om man skall premiera goda prestationer eller en förbättring av kvaliteten. Den förra premierar utförare med redan hög kvalitet men ger små incitament för utförare med låg kvalitet att förbättra sin kvalitet.

Payment by results i Storbritannien

I NHS plan år 2000 betonades att utvecklingen av primärvården var nyckeln till moderniseringen av NHS. Hälsodepartementets mål var att göra primärvården mer tillgänglig och erbjuda patienterna valfrihet vad gäller läkarkontakt samt öka överflyttningen av den sekundära vården till primärvården. Man ansåg också att detta knappast kunde åstadkommas under nuvarande kontrakt och att NHS behövde mer, bättre avlönad personal, som skulle behöva arbeta på andra sätt än tidigare.

I oktober 2002 introducerades Reforming NHS Financial Flows: Introducing payment by results, som angav en ny prissättningsmekanism som liknar det amerikanska prospektiva betalningssystemet Prospective Payment System (PPS) där ersättningen fastställdes genom DRG:s (Diagnos relaterade grupper).

Nivån på den nationella tariffen bestäms av priser som sätts genom Healthcare Resource Groups (HRG:s). Det finns mer än tusen HRG som täcker en stor del av kirurgi, behandlingar och diagnoser. Tariffen täcker hela sjukdomsperioden från intagning till utskrivning med hänsyn tagen till case-mix. Vad gäller incitament så kan sjukhuset göra en vinst om kostnaden är lägre än den nationella tariffen. Om sjukhuset kan attrahera stora mängder av patienter kan sjukhuset öka sina inkomster.

I Storbritannien startade National Health Services (NHS) ett stort resultatbaserat program 2004, känt som Quality and Outcomes Framework (QOF). Allmänläkarna (GPs) gick med på ett löneökningsprogram, vilket inkluderade 146 kvalitetsindikatorer för 10 kroniska sjukdomar vad gäller vårdens organisation och patienterfarenheter. Resursökningen ledde till att man fick råd att anställa flera läkare och investera i tekniska resurser. Cirka 90 procent av allmänläkarna hade tillgång till elektronisk förskrivning av recept och ungefär 50 procent använde sig av elektroniska journaler.

Doran et al (2006) studerade experiment med familjeläkare i Storbritannien under det första året. Data extraherades från en nationell databas. Det fanns inga baslinjedata, men det fanns evidens att kvaliteten hade ökat redan innan starten. Medianresultat för GP var 95,5 procent av tillgängliga poäng, jämfört med de 75 procent som Hälsodepartementet hade förväntat. Detta ledde till en stor ökning av allmänläkarnas inkomster. Innan det nya försöket började hade allmänläkare i genomsnitt mellan 70-75 000 pund per år. De drygt 8 000 allmänläkare som ingick i det nya programmet fick en löneökning på över 30 procent i genomsnitt motsvarande £23 000.

Detta skedde under en tid då GP ansåg sin arbetsbörda ohållbar, moralen stod på en låg nivå och det var svårt att rekrytera nya läkare.

Från och med 1 april 2004 infördes det nya systemet med en garanterad minimiinkomst. Detta ledde till att kostnaderna för NHS ökade med £406 miljoner, eller 2,8 procent mer än Hälsodepartementet hade avsatt. Anledningen var en kraftig underskattning av kravnivån för QOF de första två åren samt kostnaden för verksamhet på jourtid. Mellan 10-15 procent av de nya resurserna var ämnade att belöna praktikerna för att tillhandahålla högre kvalitet på tjänsterna.

Quality and Outcomes Framework - QOF

Innehållet i QOF utgörs av fyra huvudkomponenter, kända som domäner. Varje domän består av ett antal indikatorer för vilka läkarmottagningarna får poäng beroende på uppnådda resultat:

Innehållet utgörs av fyra huvudkomponenter (domäner)

- Kliniskt (80 indikatorer, 655 poäng)
- Organisatoriskt (43 indikatorer, 181 poäng)
- Patienterfarenheter (4 indikatorer, 108 poäng)
- Speciella tjänster (8 indikatorer, 36 poäng)
- ”Helhetssyn” (20 poäng)

Totalt: 1 000 poäng

Kostnaderna för NHS har ökat dramatiskt: från 43,7 miljarder pund 2000-2001 till 90,7 miljarder pund 2007-2008. Prognosen pekar på 100 miljarder pund 2010-2011. Enligt brittiska riksrevisionen (**National Audit Office, 2008**) framhålls att reformerna inom NHS endast har bidragit till begränsade hälsoeffekter hos befolkningen samtidigt som kostnaderna har ökat betydligt. Det nya kontraktet för GP:s blev väsentligt högre än vad Hälsodepartementet hade tänkt sig. Man hävdar också att produktiviteten har minskat efter det att det nya kontraktet sjösattes. GP:s har fått mer betalt men arbetar färre timmar.

Introduktionen av den garanterade minimilönen ledde till att pengar som var öronmärkta till en större budget i stället hamnade hos Quality and Outcomes Framework (QOF), vilket bidrog till att öka underskotten. Dessutom ansåg revisionen att Hälsodepartementet inte hade en klar strategi för framtida år vad gäller QOF, som i stort sett koncentrerar sig på indikatorer som är lätta att mäta.

Den förändring som skett i QOF 2006-2007 har medfört att kraven på måluppfyllelse satts högre och ersättningarna blivit mindre uppseendeväckande (**Doran et al, 2006**).

Syfte

Syftet med litteraturoversikten var att klarlägga det vetenskapliga kunskapsunderlaget avseende resultatbaserad ersättning eller pay-for-performance såsom det beskrivs i publicerade artiklar eller rapporter under de senaste 20 åren, från cirka 1988 och framåt.

Frågeställningar som undersökts avser typ av studie, såsom litteraturoversikt, RCT, kontrollerad studie eller observationsstudie m.fl. samt ämnesområde, diagnos och berörda producenter, sjukhus, läkare etc., samt redovisade resultat.

Metod

Litteratursökning har gjorts via Medline och referenser i funna artiklar har följts upp. Sökord har varit pay for performance, P4P m.m. i kombinationer med reimbursement, cost effectiveness, efficiency quality indicators och health care. Sökning har också skett via kontakter med institutioner i Sverige och utomlands, bl.a. med exempelvis Commonwealth fund i New York, vilka kvalitetsgranskat referensurvalet. Efter noggrann selektering har ett trettiotal artiklar utvalts.

Resultat

Redovisning av studier

Ett urval av studier som använder relativt godtagbara metoder för utvärdering.

Studiemetodik delades in i:

- Systematiska översikter
- Randomiserad kontrollerad studie (RCT)
- Kvasi-experimentell studie
- Kontrollerad observationsstudie (tex. Kohort eller fall-kontroll studie)
- Övriga, observationsstudie utan kontrollgrupp (t.ex. tvärsnittsstudie, före och efter studie och fallstudie)

Av de 32 utvalda artiklarna var nio systematiska översikter: Scott & Hall (1995), Miller & Luft (1997), Dudley et al (1998), Armour et al (2001), Dudley et al (2004), Rosenthal et al (2005), Town et al (2005), Petersen et al (2006) och Rosenthal & Frank (2006).

Fem studier var RCT: Grady et al (1997), Hillman et al (1999), Kouides et al (1998), Fairbrother et al (1999) och (2001).

Sex studier var av kvasi-experimentell natur: Hillman et al (1998), Duggan et al (2004), Glickman et al (2007), Lindenauer et al (2007), Pearson et al (2008) och Damberg et al (2009).

Fyra studier var kontrollerade observationsstudier: Cameron et al (1999), Greene et al (2004), Dafney (2005) och Grossbart (2006); två studier var av kvalitativ karaktär, Campbell et al (2008) och McDonald & Roland (2009). Resterande studier var av varierande design.

Tabell 1. Redovisning av ett urval av publicerade studier från litteraturöversikt av utvärderingar av resultatbaserad ersättning (pay for performance) i hälso- och sjukvård

Författare, årtal Tidskrift	Typ av studie m.m. design/metod	Studiens syfte och område:	Resultat
Scott & Hall (1995) Health Policy	System review	Utvärdering av olika betalningsmetoder	Enligt författarna var det inte möjligt att komma till en samlad slutsats. I endast en studie gjordes en jämförelse mellan aktuell praxis och kliniska riktlinjer
Miller & Luft (1997) Health Affairs	System review	Jämförelse HMO-FFS	68 studier identifierades varav 35 uppfyllde inklusions-kriterierna. 15 av dessa inkluderade kvalitetsmått. Lika många var statistiskt positiva och negativa för HMO, jämfört med icke HMO planer.
Dudley et al (1998) Milbank Quarterly	System review	Ett scoringssystem för evidensgranskning utvecklades för HMO vs FFS	Majoriteten av studierna var lika mellan alternativen avseende kvalitetsmått (outcome), liksom mellan studier med processmått
Armour et al (2001) Archives Int Med	System review	Undersökte explicita incitament på läkarnivå beträffande resursåtgång och kvalitetsmått	Blandade resultat av fyra studier med kvalitet som outcome. En studie visade ingen effekt, medan en annan förbättrade effekten av vaccinationer för barn
Dudley et al (2004) AHRQ	System review	Evidensen av strategier för kvalitetsbaserad beställning	Åtta RCT identifierades. Bland 4 studier som målsatte den individuella vårdgivaren fanns ett positivt och två negativa resultat
Town et al (2005) Am J Prev Med	System review	Effekt av finansiella incitament för prevention	Endast 6 studier uppfyllde inklusionskriterierna som genererade 8 fynd, varav det bara i ett fall kunde påvisas en signifikant förbättring av vården.
Rosenthal et al (2005) NEJM	System review	Screening: cervix, mammografi, hemoglobin	Endast cancer var signifikant bättre. Ökningen i kvalitet var mycket begränsad i förhållande till hur mycket pengar som satsades i projektet.
Petersen et al (2006) Ann Int Med	System review	Översikt effekter av finansiella incitament på kvaliteten	I fem av sex studier fanns en partiell eller positiv effekt på tillgänglighet. Av 17 studier fann man i fyra fall oavsiktliga effekter
Rosenthal & Frank (2006) Med Care Res & Review	System review	Betalning för kvalitet i sjukvården	Sju publicerade studier. Empirisk bas för P4P svag. Studier med stark forskningsdesign kunde inte påvisa effekter av finansiella incitament
Grady et al (1997) Prev Med	RCT	Öka deltagandet av mammografi hos kvinnor 50+	11 426 patienter ingick. Pay for performance och feedback kombinerat med ersättning ökade inte deltagandet
Kouides et al (1998) Am J Prev Med	RCT	Utvärdering av influensa vaccin	Medianförbättring 10,3 % i försöksgrupp vs 3,5 % i kontrollgrupp
Fairbrother et al (1999) Am J Pub Health	RCT	Öka täckningsgraden för vaccinationer för opriviligierade grupper	25 % förbättring i bonusgruppen men ingen förändring i övriga grupper

Författare, årtal Tidskrift	Typ av studie m.m. design/metod	Studiens syfte och område:	Resultat
Hillman et al (1999) Pediatrics	RCT	Förbättra prevention i pediatrik vård inom Medicaid	En statistisk analys genomfördes: Ingen av interventionerna resulterade i en förbättrad vård
Fairbrother et al (2001). Ambulatory Pediatrics	RCT	Effekter av incitament, bonus och höjd prestationsersättning, på vaccinationer för barn	Deltagande blev lägre än i tidigare studie. Både bonusgrupp och förhöjd prestationsersättnings-grupp förbättrade sina resultat. Sannolikt var incitamenten för små för att påverka läkarpraxis.
Hillman et al (1998) Am J Pub Health	Quasi-exp	Öka deltagandet i mammografi kv 50+ genom incitament till läkare	Incitament och feedback förbättrade inte läkarnas delaktighet
Duggan (2004) J Publ Econ	Quasi-exp	Effekten av att flytta barn patienter inom Medicaid i Kalifornien till "managed care"	Kostnaderna att gå från Medicaid till "Managed Care" ökade med 17 % och det fanns inga signifikanta förbättringar i barnens hälsa
Glickman et al (2007), JAMA	Quasi-exp	Kvalitetsmål akut hjärtinfarkt	Förbättring för två av sex kvalitetsmål. Ingen evidens för att P4P förbättrade kvaliteten för hjärtinfarkt patienter
Lindenauer et al (2007). NEJM	Quasi-exp	Jämförelse P4P och öppen redovisning (public reporting) på sjukhus	För P4P sjukhusen var förbättringen 16,1 % för sjukhus i den lägsta kvintilen, jämfört med 1,9 % i den högsta kvintilen (P<0,001). Sjukhus som både hade P4P och öppen redovisning uppvisade modesta förbättringar jämfört med sjukhus som hade enbart öppen redovisning
Pearson et al (2008) Health Affairs	Quasi-exp	Utvärdering av P4P och kvalitet för läkargrupper i de fem största hälsoplanerna i Massachusetts 2001-2003	Studien innehöll 5 350 läkare i 154 läkargrupper, fyra miljoner patienter. Bonus var ca \$100 000 för läkargrupp och ca \$1 000 per läkare. Förmodligen bör bonus överstiga \$2 000 per läkare eller \$100 000 per läkargrupp för att påverka praxis. Totalt sett var P4P kontrakten inte associerade med en större kvalitetsförbättring i jämförelse med allmän ökande trend.
Damberg et al (2009) Health Affairs	Quasi-exp	Utvärdering av RAND California Integrated Association's (IHA) P4P program som startade 2003 och involverade 7 stora hälsoplaner och 225 läkargrupper, vilka behandlat 6,2 miljoner patienter	Mer än tre års investeringar har inte lett till något genombrott vad gäller kvalitetsförbättringar. Programmets finansiella incitament (\$1 500-\$2 000) per år och läkare var inte tillräckligt för att förändra läkarnas behandlingspraxis. Forskarna anser att det behövs en fördubbling eller kanske femdubbling av bonus för att åstadkomma reella förändringar
Cameron et al (1999) Med J Australia	Kontr obs studie	Utvärdering olycksfall, Victoria, Australien	Självrapporterade data användes. Alla resultat var signifikant positiva utom för minskning i tillgänglighet.
Greene et al (2004) Am J Managed Care	Kontr obs studie	Följsamhet till riktlinjer för sinusit	1999-2001 identifierades 420 000 patienter. Genom de många interventioner som pågick var det omöjligt att avgöra om finansiella incitament bidrog till utvecklingen

Författare, årtal Tidsskrift	Typ av studie m.m. design/metod	Studiens syfte och område:	Resultat
Dafney (2005) Amer Econ Review	Kontr obs studie	Analys av prisförändringar vid sjukhus för Medicare-patienter	Det var liten evidens för volymökningar. Prishöjningar resulterade inte i högre vårdintensitet eller kvalitet. Prishöjningar berodde på längre vårdtider, mer kirurgi, mer intensivvård och kanske sämre outcome, även om evidensen för detta var svag.
Grossbart (2006) Med Care Research & Review	Kontr obs studie	278 sjukhus (Centers for Medicare and Medicaid Services). 35 kvalitetsmått i fem områden. Analys för AMI, hjärtsvikt och lunginflammation. 28 925 patienter	Kvalitetsförbättringen för pilot sjukhusen var något bättre än kontrollgruppen.
Hadley et al (1999) Health Services Research	Obs utan kontroll, telefonintervju	Enkät till läkare för att studera effekten på tillfredsställelse och praxis.	2 läkare av 3 rapporterade att deras finansiella incitament var neutrala. 15 % hade modesta eller starka incitament att minska arbetstiden och var mer otilfredsställda med sin läkarpraktik
Luft (2003) Health Services Research	Obs utan kontroll	Jämförelse HMO och FFS	Riskjusterade mortalitetsdata var något högre för FFS. Stora skillnader i vårdtid och revaskulering, men dessa var inte associerade med utfallsmått (outcomes).
Levin-Scherz et al (2006). Medical Care Research & Review	Obs utan kontroll	P4P, diabetes och astma i Massachusetts (USA)	2001-2003 noterades en förbättring i relation till jämförelseindex
Simpson et al (2006) Stroke	Observation: före-efter	Kvalitetsindikatorer för Stroke i Skottland vad gäller rökvanor, blodtryck och kolesterol	Retrospektiva data från 310 av Skottlands 850 läkarmottagningar i en central databas användes. Dokumentationen ökade från 32,3 till 52,1 procent. Stora öknings för de äldsta och välbärgade. Ojämligheten kvarstod, men var lägre för kvinnor, äldre och opriviligerade grupper.
Campbell et al (2007) NEJM	Obs, tidsserie	Analys av trender för koronar hjärtsjukdom, astma och typ II diabetes i England före och efter P4P. Data från 1998, 2003 och 2005 från 42 läkarpraktiker	Det var en statistisk signifikant modest ökning för astma och typ II diabetes. Ingen effekt kunde ses vad gäller koronar hjärtsjukdom, sannolikt p.g.a hög kvalitetsnivå innan studien börjat
Gravelle et al (2008) The University of York. Research Paper 34	Obs utan kontroll	Utvärdering av QOF i Skottland	Drygt 90 % av 904 läkarpraktiker rapporterade en måloppfyllelse på 70%. Inkomsterna ökade med 25 %, veckoarbetstiden minskade och arbetstillfredsställelsen ökade, men effekten på patienterna var oklar.
Campbell et al (2008) Ann Intern Med	Kvalitativ, djupintervjuer	21 familjeläkare och 20 sjuksköterskor intervjuades februari-augusti 2007 (QOF)	Resultatet enligt QOF uppfylldes, men samarbete mellan läkare och sjuksköterskor blev lidande. Familjeläkarna var bekymrade inför framtiden och bonussystemet. "Kulturen" blev lidande och personal som inte fick någon bonus blev besvikna
Författare,	Typ av studie	Studiens syfte och	Resultat

årtal Tidskrift	m.m. design/metod	område:	
McDonald & Roland (2009). Ann Fam Med	Kvalitativ, djupintervjuer	20 läkare i Kalifornien och England	P4P påverkade läkar-patientrelationen i England men hade liten inverkan på läkare i Kalifornien, beroende på fler indikatorer i England. Önskade konsekvenser av finansiella incitament beror på hur programmen har utformats.

Scott & Hall (1995) studerade effekten av olika ersättningsmetoder med användande av både kostnader och utfallsmått. Litteratursökningen omfattade bl.a. Medline, Social Sciences Citations Index. Författarnas slutsatser var, baserad på den studerade litteraturen, att det inte var möjligt att komma till en rekommendation gällande optimalt betalningssystem. Den mest fundamentala kritiken avsåg att man inte noterat om patienten blev bättre eller sämre av förändringar i betalningssystemet. I endast en studie gjorde man en jämförelse mellan aktuell praxis och kliniska riktlinjer. Men studien hade svagheter genom att det inte fanns någon kontrollgrupp och att datakällorna var osäkra.

Miller & Luft (1997) utnyttjade en tidigare översikt (1994) och jämförde kvalitetsmått mellan HMO:s och indemnity plans (traditionell försäkring, FFS sjukförsäkring som inte begränsar patientens val av vårdproducent). HMO:s ersätter genom fast betalning, vilket ger producenten incitament att sätta en lägre kostnad än FFS planer. En omfattande mängd kvalitetsmått jämfördes. Författarna gjorde en Medline-sökning för att identifiera publicerade studier i "peer review" tidskrifter 1993 till 1997. De identifierade 68 studier varav 35 uppfyllde inklusionskriterierna. Femton av dessa 35 studier inkluderade kvalitetsmått. Författarna konkluderar att det var lika många statistiskt positiva och negativa för HMO, jämfört med icke HMO planer. Studier som hade negativa fynd vad gäller kvaliteten i HMO:s tenderade att fokusera på personer med kroniska tillstånd. Författarna konstaterade att mer forskning behövs och att man bör vara försiktig med tolkningen av resultaten.

Dudley et al (1998) diskuterar kvalitetsmätning och olika sätt finansiella incitament kan påverka kvaliteten på vården. Artikelnen innehöll en översikt av litteraturen om HMO och fee-for-service från 1980 till augusti 1997. Författarna diskuterade incitamenten under per capita-betalning för HMO och fee-for-service betalning för vårdproducenterna under traditionella hälsoplaner. Artikelsökning gällde struktur, process- eller utfallsmått på kvaliteten. Fyra olika sökmotorer användes för att identifiera artiklar för möjlig inkludering i studien: artiklar måste ha slutdatum 1980 eller senare, det skall finnas en kontrollgrupp och inkludera statistiska justeringar för skillnader i patientkaraktistika. Artiklarna skulle avse hälsoplaner i USA och vara peer reviewed. Författarna utvecklade ett poängsystem för värderingen av artiklarna. Majoriteten av studierna vad gäller kvalitets- och utfallsmått (outcomes) var lika mellan alternativen. För studier med processmått kunde inte heller påvisas någon dominerande skillnad.

Armour et al (2001) undersökte effekten av explicita incitament på läkarnivå vad gäller resursåtgång (sjukhusvård och läkarbesök) och kvalitetsmått. En systematisk litteraturöversikt genomfördes. Författarna redovisade inte hur många artiklar som ingick i urvalet, men diskuterade två artiklar som berörde resursåtgång och fyra artiklar som handlade om kvaliteten. En av artiklarna studerade effekten av bonusersättningar till den enskilde läkaren jämfört med läkargruppsnivå. Incita-

ment direkt till läkaren ansågs vara mest effektivt. Författarna rapporterade blandade resultat gällande de fyra studier som använt kvalitetsmått som utfallsmått. En studie visade ingen effekt, medan en annan förbättrade effekten av vaccinationen av barn. Författarna pekade på den mycket begränsade tillgången på forskning om incitament direkt till läkare.

Dudley et al (2004) vidtog en litteratursökning gällande evidensen av strategier som stödde kvalitetsbaserad beställning av vård, vilket inkluderade finansiella incitament för att förbättra kvaliteten hos utförare. Sökning gjordes i databaserna Medline och Cochrane. Åtta randomiserade studier valdes ut. Sju studier (och nio beroende variabler) gällde förebyggande vård. I fyra av artiklarna gick ersättningen direkt till den individuella vårdgivaren; de övriga gick till den individuella vårdgivaren eller en grupp. Bland de fyra studier som målsatte den enskilda vårdgivaren fanns det ett positivt och två negativa resultat, där ”positiv” indikerade att resultatet gick i förväntad riktning och ”negativ” att det inte fanns någon signifikant skillnad. Bland de övriga studierna fanns ett positivt och två negativa resultat. I sju studier fick den enskilde läkaren ersättning, varav fem studier var positiva medan i fyra studier ingen signifikant effekt kunde avläsas.

Town et al (2005) genomförde en litteraturöversikt gällande effekten av finansiella incitament vid prevention. Studierna skulle vara randomiserade och kontrollerade (RCT). Åtta olika finansiella interventioner identifierades. Incitamenten omfattade direkta betalningar eller bonus till vårdgivare, men också en del varierande mer diffusa incitament. Sökningen gjordes av artiklar mellan 1966 till 2002 och avsåg primär och sekundär prevention samt health promotion . Två oberoende granskare gick igenom artiklarna.

Endast sex studier uppfyllde inklusionskriterierna, vilka genererade åtta olika fynd. Av de åtta granskade fynden var det bara i ett fall som man kunde påvisa en signifikant förbättring av vården. Författarna ansåg att detta inte nödvändigtvis betyder att finansiella incitament inte skulle kunna motivera läkarna att ge mer förebyggande vård. Incitamenten i studien var svaga och belöningarna ringa. Man konkluderade att små belöningar sannolikt inte skulle motivera doktorer att förändra sin praxis vad gäller prevention.

Rosenthal et al (2005) utvärderade ett naturligt experiment med Pay-for-Performance med en stor hälsoplan PacifiCare Health System mot en kontrollgrupp (Pacific Northwest, Oregon och Washington). Ersättningen var \$2.23 per medlem och månad för varje mål som uppnåddes. Läkargrupper som enrollerade 10 000 medlemmar kunde potentiellt tjäna \$270 000 per år om man uppnådde målen. Detta representerade omkring 5 procent av läkargruppens per capita ersättning. Medan P4P studien använde sig av multipla mått var det endast tre processmått som användes: 1) cervix cancer screening, 2) mammografi och 3) hemoglobin HbA1c. Jämfört med kontrollgruppen var det endast screening för cervix-cancer som var signifikant bättre. Förbättringen vad gäller cervix screening var 5,3 % i PacifiCare Health Systems och 1,7 % för Pacific Northwest; för mammografi var siffran 1,9 % (PacifiCare) och 0,2 % (Pacific Northwest); för hemoglobin var utfallet 2,1 % (PacifiCare) och 2,1 % för (Pacific Northwest). Sammantaget blev resultatet att det endast var för cancerscreening som man fick en förbättring. Under det första året betalade PacifiCare \$3,4 miljoner (27 procent avsattes till bonus). Enligt författarna var ökningen i kvalitet mycket begränsad i förhållande till de pengar som satsades i projektet. Belöningen gick i första hand till

dem med hög kvalitet i starten. Läkargrupper vilkas prestationer initialt var lägst, ökade prestationerna mest. De läkargrupper som tidigare hade uppnått sina mål presterade lägst. Författarna spekulerade i att grupper vilka i utgångsläget redan låg högre än målet insåg att man inte behövde anstränga sig för att få bonus. Mer förvånande var att lågpresterande grupper ansträngde sig trots att de kortsiktigt inte bedömdes utlösa någon bonus. En möjlig anledning till att Quality Incentive Program (QIP) misslyckades att uppnå högre nivå på prestationerna var förmodligen att bonusprogrammet ansågs vara för lågt satt.

Petersen et al (2006) genomförde en systematisk översikt av effekterna av finansiella incitament för att förbättra kvaliteten på sjukvården. En litteratursökning i PubMed mellan 1 januari 1980 till 14 november 2005 gav 3 256 träffar. Slutligen granskades 17 artiklar som uppfyllde inklusionskriterierna. Tretton studier gällde processmått på förebyggande vård och fem studier avsåg kroniska sjukdomar. När det gällde incitament för läkare fann man i fem av sex studier en partiell eller positiv effekt på kvaliteten. När det gäller incitament för producenterna fann man i sju av nio studier en partiell eller positiv effekt på kvaliteten. Vad gäller incitament på ersättningsnivån fanns två studier, en fann en positiv effekt på tillgänglighet, medan den andra visade på en negativ effekt på tillgängligheten för de svårast sjuka patienterna. Av de totalt 17 studierna fann man i fyra fall icke avsedda verkningar av incitamenten. Endast en studie handlade om kostnadseffektivitet. Majoriteten av studierna kunde karaktiseras som deskriptiva och var således inte regelrätta utvärderingar.

Rosenthal & Frank (2006) gjorde en litteraturgenomgång avseende betalning för kvaliteten i sjukvården, vilken även inkluderade en kort översikt av P4P. Författarna använde sig av peer review studier från fem databaser: MEDLINE, EconLit, ABI, AB Inform, PsychInfo och Social Science Citation Index. Författarna fann att endast 7 publicerade studier kunde inkluderas från ”peer-review” tidskrifter vad gäller evidensen för P4P, varav en kom till motstridiga uppgifter vad gäller effektivitet av P4P. Det fanns bara två positiva fynd. Studierna handlade mest om prevention. Studier med stark forskningsdesign kunde inte finna stöd för positiva samband mellan kvalitet och incitament. Författarna konkluderade att den empiriska basen för P4P var svag och framhåller att det är oerhört viktigt att man i framtida studier är mer omsorgsfull vid valet av studiedesign. Implikationerna för mer aktuella P4P initiativ är inte klarlagda.

Grady et al (1997) utvärderade tre olika strategier för att öka deltagandet i mammografi screening för kvinnor över 50 år. I experimentet inkluderades köminskning och undervisning (t.ex. \$50 om man kunde öka deltagandet med 50 procent). Under första året fanns ingen kontrollgrupp, vilket ledde till att ersättningen betalades ut under det andra året. Studien var baserad på ett kontrollerat försök (RCT) med 61 läkarpraktiker i Dayton, Ohio och Springfield, Massachusetts under en treårs-period. Totalt ingick 11 426 patienter i studien. De aktuella åren framgick inte av studien. Pay-for-performance och feedback kombinerat med ersättning ökade inte deltagandet mer än köandet. Författarna spekulerar i att förmodligen var belöningen för liten och isolerad för att kunna påverka läkarpraxis.

Kouides et al (1998) genomförde en empirisk utvärdering av ett influensa-projekt för Medicare patienter 1990 och 1991 i Rochester (New York State). Läkarna fördelades slumpmässigt mellan försöks- och kontrollgrupp. Läkarna kunde få ett tillägg på \$0.80 per dos eller \$1.60 om praktikens nivå på vaccineringen uppnådde

70 respektive 85 procent i täckningsgrad. Den genomsnittliga vaccinationsraten uppgick till 68,6 procent i försöksgruppen och 62,7 i kontrollgruppen. Medianförbättringen var 10,3 procent i försöksgruppen, jämfört med 3,5 procent i kontrollgruppen. Författarna konstaterade att även om bonus-ersättningen var modest så ökade vaccinationsraten med 7 procent över de två studerade åren.

Fairbrother, Hanson, Friedman & Butts (1999) studerade effekterna av olika finansiella incitament vad gäller täckningsgraden vid vaccinationer. Läkarna indelades slumpmässigt i en av tre grupper: 1) bonus och feedback, 2) ökad fee-for-service och feedback och 3) endast feedback. Vaccinationerna ägde rum vid tre tillfällen inom loppet av fyra månader. Nio s.k. oprivilegierade områden med stor fattigdom i New York valdes som studieområde. Av 83 läkare som inbjöds till att delta accepterade 61. Logistisk och linjär regressionsanalys användes. En förbättring på 25 procent uppmättes i fem kategorier i bonusgruppen men ingen förbättring i de övriga grupperna. Författarna konkluderar att huvuddelen av förbättringarna hade att göra med bättre dokumentation.

Hillman et al (1999) genomförde en randomiserad studie av två olika interventioner, varav en hade ett finansiellt incitament för att förbättra den preventiva pediatrika vården i en Medicaid population. De tre platser med högsta totala följsamhet vad gäller riktlinjer fick full bonusersättning (20 % av kapiteringen). De nästa tre platserna fick 10 procent i bonus, vilket även gällde för den grupp som ökat mest under förutsättning att förbättringen var minst 10 procent. Bonus varierade från \$772 till \$4 682 med ett genomsnitt på \$2 000. Syftet med studien var att undersöka om ett system med halvårsvisa uppföljningar (under 1993-1995) kopplat med finansiella incitament kunde förbättra den preventiva vården i Philadelphia. 53 primärvårdsmottagningar lottades i tre grupper: 1) feedback plus incitament, 2) endast feedback och 3) en kontrollgrupp. Löpande uppföljningar gjordes halvårsvis under 18 månader. Statistisk analys genomfördes. Resultatet var nedslående: Ingen av interventionerna resulterade i en förbättrad vård.

Fairbrother, Siegel, Friedman, Kory & Butts (2001) gjorde en uppföljande studie för att undersöka vilka effekter olika incitament (bonus) kan ha på ett vaccinationsprogram för barn. Bonusersättningen var \$1 000 och \$2 500 för en förbättring med 30 respektive 45 poäng. \$5 000 i bonus utgick om man nådde upp till 80 procent täckning och \$7 500 för att uppnå en 90-procentig täckning av programmet. I gruppen med förhöjd prestationsersättning fick läkarna \$5 för varje vaccinerat barn under en 30 dagars period och \$15 för varje läkarbesök. En kontrollgrupp fick enbart feedback. Studien genomfördes i New York. Deltagandet i studien var ännu lägre än i författarnas tidigare studie men både bonusgruppen och den förhöjda prestationsersättningsgruppen förbättrade sina resultat. Författarna konkluderar att sannolikt var incitamenten för små för att nämnvärt påverka läkarpraxis.

Hillman et al (1998) utvärderade ett randomiserat kontrollerat försök att hörsamma kallelser till mammografi för kvinnor 50 år och äldre och där läkarna fick finansiella incitament att stödja försöket. Studien pågick mellan 1993 och 1995 i Philadelphia. De tre mottagningarna med högsta deltagandet fick en full bonus på 20 procent av per capita ersättningen. De tre med det näst högsta deltagandet och de som hade ökat mest fick 10 procent i bonus. Bonusen varierade från \$570 till \$1 260 med ett genomsnitt på \$775 per undersökning. 17 av 26 mottagningar erhöll bonus. Vid hälften av de 52 mottagningarna utfördes mammografi som inklu-

derade skriven feedback i tillägg till bonus. Finansiella incitament och feedback förbättrade inte läkarnas delaktighet i studien. Sannolikt var nivån på bonusen för liten för att påverka läkarnas vårdpraxis.

Duggan (2004) beräknade effekten av att flytta Medicaid i Kalifornien till ”managed care” vad gäller kostnaderna och effekterna på barnens hälsa. Managed care plans har ett incitament att hålla kostnaderna nere på grund av risken för ökade kostnader utöver per capita ersättningen. Under gällande avtal fee-for-service har utförare av Medicaid ett incitament att öka verksamheten och därmed också kostnaderna. Det fanns ingen diskussion om finansiella incitament för vårdgivarna inom managed care. Emellertid kan Medicaid förhandla till sig bättre villkor under förutsättning att kostnaderna ökar vid en övergång till managed care. Utfallmått (outcome) inkluderade kostnader per förmånstagare i Medicaid, procent av för tidigt födda barn och andel av barnen som dog på sjukhuset. Fullständiga fakturaunderlag (claims data) fanns för ett urval av 20 procent av populationen under perioden januari 1993 till och med december 1999. Man hade också tillgång till Kaliforniens patientdata. Författaren använde sig av bl.a. av delstatsspecifika tids-serier för att estimerade effekterna av utgifterna vid en övergång från fee for service till managed care. Resultatet blev att kostnaderna ökade med 17 procent och det uppmättes inga signifikanta förbättringar av barns hälsa.

Glickman et al (2007) analyserade om ett P4P program för ett sjukhus förbättrade kvaliteten för patienter med akut hjärtinfarkt. Sjukhus i de två högsta decilerna av performance fick bonus medan den lägsta decilen riskerade framtida viten under Medicare’s Hospital Quality Incentive Demonstration, vilket startade 2003. Under det första året fick 123 sjukhus bonus medan 115 fick bonus under det andra året. I kontrollgruppen ingick 446 sjukhus. Data samlades in för en period före respektive efter starten på projektet. Sex olika processmått vad gäller kvaliteten valdes som primära utfallsmått (outcome). I studien ingick också åtta processmått som inte var inkluderade i Medicare demonstration. Det var en något högre grad av förbättring för två av sex kvalitetsmått: aspirin vid utskrivning från sjukhuset och råd vid rökavvänjning. Det förekom ingen statistisk signifikant skillnad i det sammanhållna indexet för sex kvalitetsmått. Inte heller fanns någon skillnad mellan de mått som inte ingick i Medicare studien. Sjukhusen som ingick i studien gjorde det på eget initiativ och var alla betjänade av att förbättra behandlingen av patienter med hjärtinfarkt. Författarna sammanfattade att det inte fanns någon evidens för att P4P förbättrade kvaliteten för hjärtinfarktspatienter. Men man kunde inte heller finna att det förekom negativa sidoeffekter av försöket.

Lindenauer et al (2007) jämförde sjukhus med både P4P och öppen redovisning (public reporting) och sjukhus med bara öppen redovisning (kontrollgrupp) för 10 individuella och 4 sammansatta kvalitetsmått över en tvåårsperiod vid 613 sjukhus som frivilligt rapporterade kvalitetsmått genom ett nationellt initiativ kring öppen redovisning. 207 sjukhus ingick som samtidigt deltog i ett P4P program finansierat av Centers for Medicare and Medicaid Services. Därefter jämfördes P4P sjukhus med 406 sjukhus med enbart öppen redovisning. I jämförelse med kontrollgruppen visade P4P gruppen större förbättring för alla sammansatta kvalitetsmått, inkluderande akut hjärtinfarkt och lunginflammation och 10 sammansatta kvalitetsmått. Baslinjedata var omvänt relaterat till förbättringar i kvaliteten. För P4P sjukhusen var förbättringen för alla 10 sammansatta mått 16,1 procent för sjukhus i den lägsta kvintilen, jämfört med 1,9 procent i den högsta kvintilen ($P = 0,001$). Efter det att korrigeringar gjorts för skillnader i baslinjedata och andra sjukhuska-

rakteristika förbättrades resultatet för P4P sjukhusen med mellan 2,6 och 4,1 procent under en tvåårsperiod. Författarna kom till slutsatsen att sjukhus som både har P4P och öppen redovisning uppvisade modesta förbättringar jämfört med sjukhus som endast hade öppen redovisning. Man konstaterade också att fortsatt forskning behövs om hur graden av olika incitament kan stimulera till förbättringar i kvaliteten, samt om nyttan överväger kostnaden.

Pearson et al (2008) utvärderade effekten på kvaliteten av alla P4P program som introducerats av de fem största kommersiella hälsoplanerna i Massachusetts under perioden 2001-2003. Resultaten redovisades för 81 läkargrupper som erhållit bonus gentemot 78 läkargrupper som inte haft bonus. Olikt tidigare studier hade forskarna tillgång till ett tvärsnitt av läkare och betalare: fem hälsoplaner som täckte mer än 90 procent av Massachusetts praktiserande primärvårdsläkare under 2001-2003. Studien visade att 73 procent av förebyggande indikatorer, som t.ex. diabetes, hemoglobin A1c, mammografi, barnavård 3-6 år, hade ökat under den studerade perioden.

Resultaten för mer än 5 350 läkare analyserades statistiskt och det visade sig att alla ökade kvaliteten oavsett om man fick en bonus eller ej, vilken varierade mellan \$200 och \$2 500 för en enskild doktor beroende på vilken hälsoplan man tillhörde. I tabell 2 framgår skillnaderna mellan grupperna och åren. Bonus till läkarna på 1 000 dollar eller mer per resultatmått gav ingen statistisk skillnad mellan grupperna. Författarna konstaterade att förmodligen bör bonus överstiga \$2 000 per läkare eller \$100 000 per läkargrupp för att ge effekt på behandlingspraxis. Totalt sett var P4P kontrakten inte associerade med en större kvalitetsförbättring i jämförelse med en allmän ökande trend.

Tabell 2. Incitament och resultat mellan läkare med eller utan bonus i Massachusetts 2001 och 2003

Bröstcancerscreening	2001	2003
Bonusgrupp	82 %	82 %
Kontrollgrupp	83 %	84 %
Diabetes, ögon kontroll		
Bonusgrupp	51 %	54 %
Kontrollgrupp	52 %	56 %
Diabetes HbA1c		
Bonusgrupp	81 %	85 %
Kontrollgrupp	81 %	87 %
Diabetes LDL-C screening		
Bonusgrupp	79 %	88 %
Kontrollgrupp	80 %	89 %
Diabetes – njurar		
Bonusgrupp	39 %	48 %
Kontrollgrupp	40 %	52 %
Barnkontroll 3-6 år		
Bonusgrupp	81 %	86 %
Kontrollgrupp	87 %	90 %

Källa: Pearson et al (2008)

Damberg et al (2009) har i en studie från RAND utvärderat California Integrated Healthcare Association's (IHA) P4P program som startade 2003 och involverade sju stora hälsoplaner och 225 läkargrupper, vilka behandlat 6,2 miljoner patienter. P4P har anammats brett men det är oklart huruvida resultatet har motsvarat förväntningarna. Efter mer än tre års investeringar har inte detta lett till något genombrott vad gäller kvalitetsförbättringar. De flesta läkargrupper som deltagit i studien rapporterade att programmets finansiella incitament (\$1 500-\$2 000) årligen per läkare inte var tillräckligt för att leda till någon förändring vad gäller läkarnas behandlingspraxis. Forskarna anser att det behövs en fördubbling eller kanske så mycket som en femdubbling av bonusbeloppen för att åstadkomma reella förändringar. Studien visade också på positiva effekter vad gäller införandet av elektroniska patientjournaler.

Cameron, Kennedy & Mc Neil (1999) analyserade effekten av ett bonusprogram i Australien. Med början från 1995 fick olycksfallsavdelningar på 21 sjukhus i Victoria bonus i början av varje år. De måste dock återbetala bonusen om inte målen uppfylldes. Författarna använde sig av regressionsanalys för att bedöma bonusersättningen två år innan och tre år efter att verksamheten hade påbörjats. Självrapporterade data användes. Författarna kunde dock inte specificera regressionskvantiteterna som föregick resultaten. Alla resultat var signifikanta med undantag av minskning i tillgänglighet. Resultaten kvarstod över den treåriga studieperioden. Författarna tillskrev ett sjukhusspecifikt incitamentsprogram som orsak till det positiva utfallet.

Greene et al (2004) utvärderade ett program för att få läkarna att följa riktlinjerna för akut sinusit i Rochester (New York State). Ett ersättningssystem där 20 procent baserades på patienttillfredsställelse, 40 procent på effektivitet och 40 procent på kvalitetsmätning var utgångspunkten för studien. Från 1999 till 2001 avsattes 15 procent till kommande bonus. För år 2000 minskade bonus till 10 procent för de grupper som låg bland de fem mest högpresterande och ökade till 20 procent för de fem procent lägst presterande. Under studieperioden identifierades akut sinusit för 420 000 HMO-patienter. "Exception rate" minskade med 20 procent till största delen genom minskad användning av ineffektiv antibiotika. Genom att många interventioner pågick samtidigt var det omöjligt att avgöra om finansiella incitament bidrog till utvecklingen.

Dafney (2005) analyserade år 1988 hur sjukhus för Medicare patienter reagerade på stora prisförändringar. Prisförändringar inträffade för vissa DRG men inte för andra. Många olika källor användes för att samla in data vad gäller priser, sjukhusinläggningar och sjukhus-karakteristika. Regressionsanalyser användes för att estimerade effekterna av priset förändringar. Sjukhusen kodade sina patienter till de högsta priset förändringarna, särskilt gällde det privata vinstdrivande sjukhus (DRG creep). Det var liten evidens för volymökningar. Mer viktigt var att prishöjningarna inte resulterade i högre vårdintensitet eller kvalitet. Det fanns vissa bevis för att sjukhusen spenderade de ökade priserna i alla DRG, inte bara där priserna hade ökat. Prishöjningarna hade att göra med längre vårdtider, mer kirurgi, mer intensivvård och kanske sämre outcome, även om evidensen för detta var svag. Resultaten antyder att lagstiftare inte kan "köpa" bättre kvalitet inom speciella segment genom att öka priset för tjänsten.

Grossbart (2006) utvärderade effekten av CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) demonstrationsprojekt vad gäller förbättringar vid sjukhus. Under en treårsperiod som började 2003 fick 278 sjukhus finansiella incitament baserat på 35 kvalitetsmått inom fem kliniska områden. För varje kliniskt område fick sjukhusen i den högsta tiondelen 2 procent i bonus utöver vanlig ersättning. Sjukhus i den näst högsta decilen fick en procent i bonus. Analysen begränsades till tre av fem kliniska områden: akut hjärtinfarkt, hjärtsvikt och lunginflammation. Studien baserades på 28 925 patienter. En jämförelse av genomsnittsvärden gjordes. Prestationerna under första året (2004) jämfördes med det föregående året i sammansatta kvalitetsmått. Kvalitetsförbättringar i pilotprojekten var något högre än i kontrollgruppen.

Hadley et al (1999) använde sig av enkätdata från telefonintervjuer med läkare för att studera hur finansiella incitament för läkaren påverkade tre olika mått på tillfredsställelse och praxisutövande: 1) generell praxis tillfredsställelse, 2) i vilken grad tidigare förväntningar på professionell autonomi och förmåga att utöva god medicinsk vård uppnåtts samt 3) speciella mått på praxisstil. Författarna gjorde en telefonundersökning med 1 549 läkare 1997. Som inklusionskriterier valdes läkare under 52 år med 8 till 17 år av läkarutövande och att minst 20 procent av arbetstiden användes till patientkontakt. De flesta läkare (67,8 %) uppgav att deras finansiella incitament var neutrala. Femton procent hade modesta eller starka incitament att minska arbetstiden. Dessa läkare var mer otillfredsställda med sin läkarpraktik och mer benägna att rapportera att förväntningarna inte hade uppnåtts och att de inte heller hade frihet att praktisera yrket som de skulle vilja.

Luft (2003) undersökte om HMO patienter och fee-for-service patienter fick likvärdig vård vad gäller revaskulering efter att behandlats för akut hjärtinfarkt i Kalifornien. HMO som betalas genom kapitering har ett incitament att hålla nere kostnaderna. Det fanns ingen information om hur läkarna inom HMO betalades. Patienter som utskrivits från sjukhus studerades under 1994-1996. Observerade och förväntade resultat kalkylerades och jämfördes. Det visade sig att den riskjusterade dödligheten var något högre för fee-for-service patienter. Det förekom stora variationer vad gäller vårdtid och frekvens av revaskulering, men dessa kunde inte associeras till utfallsmåten. Det konstaterades att ytterligare studier behövs för att förklara skillnader i utfallsmått bland HMO:s.

Levin-Scherz, DeVita & Timbie (2006) analyserade ett pay-for-performance kontrakt med läkare gällande diabetes och astma i Massachusetts. I vårdgivarnas kontrakt innehölls cirka 10 procent för kommande bonus ersättningar. I vissa fall fanns det en möjlighet till bonusersättningar utöver de normala läkarintäkterna. Projektet pågick under 2001-2003. En förbättring noterades vad gällde diabetes i relation till delstatens och nationens jämförbara index. Det uppnåddes också en viss förbättring för astmapatienter, men från en relativt hög utgångsnivå. Författarna angav problem med att använda fakturaunderlag (claims data) för att belöna goda prestationer.

Simpson et al (2006) analyserade effekten av det nya ersättningssystemet för allmänläkare (GP) i Storbritannien vad gäller kvalitetsindikatorer för stroke. Betalningssystemet som introducerades i Skottland 2004 omfattar ersättning till läkarpraktiker för att utveckla kvalitetsindikatorer för stroke avseende rökvanor, blodtryck och kolesterolnivå. Det fanns också en speciell ersättning för att uppnå vissa mål och andra utfallsmått. Retrospektiva data från 310 av Skottlands 850 läkarmottagningar fanns tillgänglig i en central databas för 2005, inkluderande data från året före förändringen. Binär logistisk regressionsanalys användes för att kalkylera oddskvoter. Dokumentationen ökade från 32,3 till 52,1 procent. Det var stora ökningarna för de äldsta och mer välbärgade patienterna. Kvinnor hade större ökningarna vad gäller dokumentation än män. Författarna kunde notera att ojämlikheten kvarstod, men att det var mindre för kvinnor, äldre och opriviligerade grupper.

Campbell et al (2007) studerade tre kroniska tillstånd: astma, koronarsjukdom och typ-II diabetes för åren 1998 och 2003 och 2005 då Pay-for-Performance hade verkat ett år med ett stratifierat urval av 60 primärvårdskliniker (GP) i sex regioner i England. Uppföljning gjordes för 42 praktiker 2003 och 2005. Man fann en statistisk signifikant uppgång av kvaliteten vad gäller diabetes och astma men inte för koronarsjukdom. Även om kvaliteten för astma, koronarsjukdom och diabetes förbättrades före introduktionen av P4P 2004 visar resultaten på en måttlig förbättring av kvaliteten för två av tre kroniska sjukdomar: diabetes och astma.

I en utvärdering av QOF vid drygt 900 läkarpraktiker i Skottland för 2004/05 och 2005/06 fann **Gravelle, Sutton & Ma (2008)** att 90,8 procent av praktikerna rapporterade en måluppfyllelse ovanför det övre tröskelvärdet på 70 procent. Kvaliteten var lägre i praktiker där befolkningen hade låg socioekonomisk status och en hög andel patienter med minoritetsbakgrund. Författarna sammanfattar utvärderingen att QOF var fördelaktig för GP:s. Inkomsterna ökade med 25 procent (£20 000 per år), veckoarbetstiden minskade och arbetstillfredsställelsen ökade, men effekten på patienternas hälsa är oklar.

I England genomförde **Campbell, McDonald & Lester (2008)** en kvalitativ studie (djupintervju) med 21 familjeläkare och 20 sjuksköterskor med anledning av Quality and Outcomes Framework (QOF) tillkomst mellan februari och augusti 2007. Resultatet var att man uppfyllde QOF:s målsättningar, men till priset av ett försämrat samarbete mellan läkare och sjuksköterskor. Personal som inte fick del av bonusersättningarna blev besvikna. Dock uppfyllde man målen i form av bättre hälsoeffekt och högre ersättning till läkarna. Familjeläkarna uttryckte oro för framtiden liksom vilka effekter det rådande incitamentsprogrammet kan få på kulturen inom NHS.

McDonald & Roland (2009) genomförde djupintervjuer med 20 läkare från vardera Kalifornien och Storbritannien. Oönskade konsekvenser rapporterades och varierade beroende på incitamentsprogram. Engelska läkare var mer benägna att rapportera att incitamenten förändrade innehållet i läkarkontakten med patienten. Denna förändring hänförde sig till ett större antal prestationsmått och tillgång till elektroniska patientjournaler. Engelska läkare skulle utvärdera 80 kliniska variabler jämfört med 12 för läkare i Kalifornien. P4P har inte medfört en påverkan på relationen läkare - patient på samma sätt i Kalifornien. Läkare i Kalifornien tyckte mer uttrycka känsla av förbittring gentemot pay-for-performance och tycktes vara mindre motiverade att reagera på finansiella incitament, även i de program som hade högsta belöningen. Läkare i Storbritannien har större frihet att agera genom att de har direkt tillgång till data i deras egna journalsystem. Författarna bedömde att de oönskade konsekvenserna kan hänföras till hur programmen utformas och implementeras. Det är mindre vanligt i USA att läkarna har tillgång till (och använder) elektroniska patientjournaler.

P4P projekt i Sverige

Jacobsson (2008) har beskrivit utvecklingsarbetet med resultatbaserad ersättning i primärvården i Östergötland och erfarenheterna från detta i en rapport.

Regeringen tillsammans med Läkemedelsindustriföreningen och Sveriges Kommuner och Landsting stödjer ett P4P-projekt som skall pågå i tre år. Projektet omfattar två terapiområden; Projektet omfattar två terapiområden; hjärtsvikt i Region Skåne och diabetes typ II i Västra Götaland och har en kostnadsram på 15 miljoner kronor. En slutrapport ska vara inlämnad till regeringskansliet (näringsdepartementet) och Socialstyrelsen senast 31 december 2009. Socialstyrelsen har av regeringen fått uppdraget att utvärdera projektet, vilket ska vara Regeringskansliet till handa senast den 31 maj 2010.

I den statliga utredningen **En nationell cancerstrategi för framtiden, SOU 2009:11**, finns ett förslag om finansiering av en vetenskapligt baserad försöksverksamhet i landet kring en patientfokuserad och sammanhållen cancervårdkedja. Försöket ska pågå under tre års tid. I förslaget omnämns även att försök med målrelaterad ersättning ska ingå. Medel finns avsatta i Dagmaröverenskommelsen 2009. SKL har ett uppdrag att delta i samordningen av försöksverksamheten och ett första möte är inplanerat under hösten 2009.

Omdömen om P4P i litteraturen

Över 90 procent av P4P programmen kommer från USA och Storbritannien. Det finns några studier från Kanada: Pink et al (2006), Bell & Levinson (2007), Australien: Scott & Hall (1995), Scott (2007), McPherson & Reid (2007), Yen et al (2007), Duckett et al (2008); Nya Zeeland: Perkins & Seddon (2006) samt Perkins, Pelkowitz & Seddon (2006); Nederländerna: Enthoven & van de Ven (2007), van de Ven & Shut (2008); Tyskland: Greb et al (2006) och Spanien: Gene-Baddia et al (2007).

Ett resultat från en Australisk studie visar att P4P kan potentiellt förbättra vården. Men programmen är inte utan problem. För att få acceptans från kliniker måste programmen ta hänsyn till de mål som formulerats och kunna leverera användbara svar på forskarnas frågeställningar (**Scott, 2007**). Efter en skandal vad gäller vårdkvaliteten och patientsäkerheten introducerades ett P4P program i Queensland som ett komplement till det australiensiska DRG-systemet (APR-DRG). Systemet var inriktat på att öka kvaliteten på kliniska processindikatorer. Sju kliniska indikatorer togs i bruk 2007-2008. De första ersättningarna enligt P4P genomfördes fram till juni 2008. Även om inga resultat hittills publicerats tycks P4P fått viss men motsträvig acceptans i Australien enligt **Duckett et al (2008)**.

I en rapport från det amerikanska Institute of Medicine (**IOM, 2006**) *Preventing Medication Errors* rekommenderas ett införande av finansiella incitament så att vinstnivån för sjukhus, kliniker, apotek, försäkringsbolag och företag inom den medicinskt tekniska industrin samordnar sina intressen för att stödja patientsäkerheten. I en annan rapport (**IOM, 2006a**) *Rewarding Provider Performance: Aligning Incentives in Medicare* framhålls att de existerande systemen är dåliga på att värdesätta vad sjukvården utträttar i form av viktiga kvalitetsaspekter, som klinisk kvalitet och patientfokusering. Nuvarande system uppmuntrar inte heller koordineringen av patienter med kroniska sjukdomar. Man är emellertid uppmärksam på betydelsefulla begränsningar i befintliga kliniska informationssystem som används av sjukhus och andra utförare av vård, vilka inte är utformade för att samla in valida data för kvalitetsutvärdering. (Deloitte Center for Health Solutions, 2007).

Prestationsersättning (fee-for-service) och en hög grad av autonomi har präglat den amerikanska sjukvården de senaste 40 åren. Medicare-systemet har hittills skyddat och underbyggt den traditionella läkarrollen. Under det senaste decenniet har avslöjats allvarliga kvalitetsbrister i den amerikanska sjukvården. Som ett resultat av detta har privata finansierare under hård press av kongressen experimenterat med att belöna kvalitetsförbättringar. Kongressen har dikterat krav på att Medicare genom Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) skall introducera ett pay-for-performance program. Detta har emellertid skapat vissa bekymmer för läkare och policyanalytiker:

1. Vad är det underliggande målet? Många läkare har reagerat på att det har blivit för mycket fokus på kostnaderna.
2. Är mätinstrumenten adekvata? Många läkare värdesätter att ”god vård”, speciellt för sköra äldre personer med multidiagnoser tar hänsyn till att balansera risker, nytta och patientpreferenser och inte rigorösa kliniska riktlinjer.
3. Är implementering möjlig? Även för sjukhus och stora läkarpraktiker är de rapporteringskrav (öppna redovisningar) som ställs på vårdgivarna mycket om-

fattande och dyra att genomföra. Det är också stora krav på vårdgivarna att tillhandhålla information i digital form, som tyvärr många inte mår med.

4. Är belöningarna tillräckliga? Vi vet ännu inte om den potentiella bonusen kan kompensera för kostnader för datainsamlingen.
5. Kan det uppstå oönskade negativa konsekvenser av P4P? Det finns en uppenbar risk för patientselektering. Om ersättningen är fast och man ger kraftig bonus till vissa individer så är det sannolikt att många inte uppskattar systemet och blir likgiltiga och slutar bry sig.
6. Slutligen och kanske det viktigaste är att evidensen som bildar underlaget till P4P är svag och att oavsiktliga negativa effekter är troliga. Tyvärr har mycket av P4P ignorerats i den dokumentation som skulle vara vägledande i det fortsatta arbetet med P4P (**IOM, 2006a**) och **Fisher (2006)**.

Definitionen av vårdepisoder har utvecklats starkt under senare år. Privata försäkrare använder "episodgrupperare" för att beräkna kostnaderna för patienter med en given diagnos, t.ex. fakturor som innehåller diabetes grupperas för sig och hjärt- och kärlsjukdomar för sig. The Medicare Payment Advisory Commission (MedPAC) har funnit att olika kommersiella metoder för vårdepisoder ger olika resultat. Dessutom varierar antalet grupper beroende på geografi (**MedPAC, 2006**). Det behövs mera forskning för att finna ett nöjaktigt alternativ till att gruppera vårdepisoder.

Enligt **Fuchs & Emanuel (2005)** kommer den eventuella framgången med Pay-for-Performance att bero på om offentliga (Medicare och Medicaid) och privata betalare kan skilja på utförarnas kvalitet. Att göra sådana bedömningar för en sådan komplex, flerdimensionell verksamhet som sjukvård är inte lätt. NHS har under många år haft ett ratingsystem för att rangordna sjukhus (ett antal stjärnor). **Rosenthal & Frank (2006)** framhåller att det är oerhört viktigt att man i framtida studier är mer omsorgsfull vid valet av studiedesign och att implikationerna för mer aktuella P4P initiativ ännu inte är klarlagda.

Gosfield (2004) redovisar åtta fallgröpar med Pay-for-Performance:

1. De flesta av programmen fokuserar uteslutande på kroniska sjukdomar. De kan generera förändrad behandling hos t.ex. diabetes, men det är osäkert vad som händer när många av utförarna har nått denna nivå. Finns nya pengar att tillgå för nya diagnoser? Kommer pengarna skifta från en diagnos till en annan?
2. Detta reser en mycket viktig andra fråga: Varifrån kommer pengarna? I Bridges to Excellence (BTE), vilket utgör ett undantag, kommer nya pengar direkt från företagen och inte från försäkringsbolagen (hälsoplaner). Utförarna är mycket kritiska till hur pengarna i P4P skiftas runt utan att några nya kommer in i systemet.
3. De flesta P4P programmen är inte uppdragsbaserade. Det finns inget kontrakt som förbinder betalaren att verkligen betala. Det finns bara en förväntan att utförarna kommer att reagera på den information som är tillgängligt i programmet.

4. Genom att P4P programmen utgör extra pengar utöver existerande kontrakt är det liten uppmärksamhet på hur samspelet mellan P4P och kontrakten fungerar.
5. Det finns i själva verket ingen analys mellan beställare och utförare huruvida de extra pengarna inom P4P påverkar vinstmarginalen hos utförarna. Det har uppskattats i BTE programmen att det tar i genomsnitt 15 minuter för läkaren att gå igenom och dokumentera journalen för en patient med diabetes.
6. Det är också fråga om administrativa kostnader som läggs på utföraren. Det kan röra sig om ytterligare kostnader vad gäller t.ex. ”disease management program”. I hittillsvarande utvärdering av P4P finns knappast alls någon analys av sambandet mellan dessa program.
7. I P4P finns det ett ökat intresse av att göra performance data tillgängligt för konsumenterna. För P4P som ersätts per capita och har en bra kvalitet råder en genuin osäkerhet om vad som kan hända när fler patienter med hög risk strömmar till dessa enheter. Det är med andra ord risk för patientselektering (adverse selection).
8. Slutligen så är majoriteten av dessa data självrapporterade.

Doran et al (2006) drar följande slutsatser av Quality and Outcomes Framework i Storbritannien:

- Programmet blev mycket kostsamt och finansierades med kraftiga löneökningar i stället för att rekonstruera gällande betalningssystem.
- En klar baslinje är nödvändigt att ta fram för att undvika kostnadsökningar och kvalitetsökningar som redan har inträffat.
- Ett geografiskt relaterat införande hade kunnat ge beslutfattare bättre möjlighet att beräkna kvalitetsförändringen.
- Om reformen genomförts etappvis hade risken för att överskrida budgeten kunnat minska.
- Kunskap saknas om hur den optimala storleken på incitamenten bör vara för att få en väsentlig ökning av kvaliteten.
- Finansiären skulle också ha kunnat ställa krav på en förväntad kvalitetseffekt.
- En annan anledning till resultatet kan bero på att den bygger på den rapporterade ökningen av kvaliteten i stället för den faktiska kvaliteten upplevd av patienten.

Karen **Davis (2007)** vid Commonwealth Fund i New York framhåller att betalning per prestation (Fee-for-service, FFS) hindrar utvecklingen att uppnå effektiv, koordinerad och kostnadseffektiv patientvård. FFS bidrar till överanvändning av vårdresurserna, dubblering av vårdtjänster och involverandet av många olika läkare för att behandla enskilda patienter. Detta leder inte till förebyggande av inläggning på sjukhus eller återintagning, belönar inte prevention och koordinerar inte vården av patienter med kroniska sjukdomar. Enligt Davis borde ersättningssystemen ta i beaktande den totala vårdinsatsen från olika vårdgivare under en viss tidsperiod. Ett rent per capita system, som också utsätter vårdgivaren för en finansiell risk är ett exempel på en sådan ansats. Men genom de problem som drabbade ”managed care” under åren 1993-1997, i ett försök att hejda kostnadsökningen inom sjukvården, fick systemet utstå stark kritik både från patient- och läkarhåll.

Enligt **Davis (2007)** är det osannolikt att P4P fundamentalt skulle kunna ändra incitamentsstrukturen i det gällande amerikanska fee-for-service systemet, d.v.s. betalning per prestation. Hon anser att ersättningen till läkare inom primärvården skulle kunna utformas som en kombination med olika inslag av ersättningar såsom fee-for-service, månatlig ersättning för vissa uppdrag och därutöver bonuserättning om man uppfyller villkoren för kvalitet och effektivitet. En sådan metod skulle troligen föredras av läkarkåren framför en global per capita ersättning, om man samtidigt undviker att utsätta läkarna för den finansiella risken för den vård som andra har stått för.

Det har också visat sig att tillgång till samma läkare över tiden leder till såväl bättre vårdresultat som lägre kostnader (**Starfield et al, 2005**). Den stora utmaningen vad gäller utformningen av ett ersättningssystem för vårdepisoder gäller hur man kan redovisa alla vårdgivares insatser för samma patient och över tid. I dagsläget är det få vårdgivare som kan samordna informationssystemen runt en patients hela vårdepisod. I en amerikansk studie av Medicare fann man att antalet läkare, såväl allmänläkare som övriga specialister, varierade mycket (**Pham et al, 2007**). Även om en patient tilldelades en läkare som hade huvudansvaret för patienten så visade

det sig att den läkaren endast svarade för 35 procent av insatserna. I genomsnitt hade en patient två allmänläkare och fem specialistläkare som arbetade i fyra olika praktiker under ett givet år. Man fann också att den tilldelade läkaren växlade från ett år till ett annat för en tredjedel av patienterna. Under perioden 2000 till 2002 fick nästan hälften av patienterna byta till en ny läkarkontakt.

I en ledarkommentar i *New England Journal of Medicine* betonar **Epstein (2006 Ed.)** att det verkar överraskande att evidensgraden för en positiv korrelation mellan betalning och effektivitet är så liten enligt två litteraturöversikter (**Rosenthal et al, 2006; Petersen et al, 2006**).

Trots de stora resurser som har satsats i programmen har man fortfarande många frågor obesvarade, t.ex. vilken lägsta nivå på incitamenten som krävs och vad är den optimala formeln för att ersättningen skall motsvaras av kvalitetshöjningar (**Epstein, 2007**).

Doran har funnit att även om finansiella incitament kan förändra läkares beteende så är det osäkert om huruvida den rapporterade förbättringen är helt och hållet beroende på incitamenten eller orsakad av en allmän förbättring av klinisk praxis. Det går inte att särskilja då det saknas en kontrollgrupp att jämföra med. Därtill saknas underlag för att beskriva utgångsläget (**Doran et al, 2006**).

I en grundlig genomgång av erfarenheterna av P4P i Storbritannien, Australien och USA med fokus på offentligt finansierade program konstaterar **Pink et al (2006)** att betalningssätt baserat på performance egentligen inte är ett nytt koncept. Exempelvis DRG (Diagnosrelaterade grupper) har haft en stor utbredning världen över. En anledning till det mycket stora intresset för P4P i anglosaxiska länder är sannolikt bristen på en kvalitetsdimension i DRG-systemet.

I en kanadensisk undersökning av P4P framkom att systemet ansågs betungande och tidsödande (**Anderson et al, 2006**). Djupintervjuer med chefer för läkargrupper tyder på att en önskan att vara "en god doktor" kan vara ett mer kraftfullt incitament för prestationsförbättringar än finansiella ersättningar (**Bokhour et al, 2006**).

De geografiska variationerna vad gäller läkartäthet i USA är mycket hög. I många fall praktiserar läkare ensamma eller i små grupper. Enligt data från National Ambulatory Medical Care Survey görs mer än 75 procent av besöken i läkarpraktiker med 4 läkare eller färre, 39 procent görs hos ensampraktiserande. Ungefär var femte läkare tillhör en grupp med mer än 8 läkare (**Cherry et al, 2007**). För dessa mindre läkarpraktiker saknas den infrastruktur som finns i större grupp mottagningar. Detta orsakar problem med informationsteknologi (IT), brist på hjälppersonal och ökad administrativ börda. Vad gäller IT är det endast mellan 16 och 25 procent (bland praktiker med högst fem läkare) som har tillgång till elektroniska patientjournaler, av vilka högst 10 procent uppfyller kraven på ett godtagbart system. På grund av att en stor andel av läkarkåren arbetar solo eller i mindre grupper är det väsentligt att denna grupp inte glöms bort när det gäller resultatbaserad ersättning. Ett förslag till hur man kan lösa problemet för dessa läkare har utarbetats av **Landon & Normand (2008)**.

I en rapport av **Baker, Houghton & Mongroo (2003)** framhölls följande kritiska faktorer vad gäller framgång med P4P program. Ett P4P program skall ses som en del av en mångfacetterad ledningsstrategi vad gäller kostnader och kvalitet. Medel för programmen skall tas från budgeterade besparingar och omfördelning av pengar. Det är viktigt att besparingar kan genereras under en icke alltför lång tids-

period (under 18 månader). Vårdgivarna kommer att motsätta sig alla slags mätinstrument som ligger utanför deras kontroll. Det är viktigt för P4P:s framtid att det kommer fram trovärdiga, vetenskapliga utvärderingar av hög kvalitet. Programmen skall utvärderas gentemot kostnader, effektivitet och kvalitetskriterier. För att P4P programmen skall få en bättre förankring är det mycket viktigt att programmen dels inte är alltför komplicerade och dels enkla att administrera. Processerna måste vara väl strukturerade och så förenklade som möjligt. Att få vårdgivarna med på vagnen är nyckeln till framgång vid alla P4P program.

För att försvara de stora åtaganden i tid och kostnader som P4P medför måste man:

1. använda sig av kliniskt relevanta indikatorer,
2. erbjuda meningsfulla incitament så att vårdgivarnas marginaler förbättras,
3. erbjuda tillräckligt stor volym av patienter för att attrahera vårdgivarna,
4. använda mätinstrument som inte förorsakar otillbörliga administrativa bördor.

Transparensen vad gäller resultatmått bör kunna förbättras genom t.ex. balanserade styrkort, som kan vara intressant för både patienter och allmänhet. Vi bör också erkänna att några vårdgivare är komplett ovilliga att acceptera något måttssystem överhuvudtaget. Indikatorer för läkares och sjukhus resultat skall bli bättre tillgängliga och vara ett viktigt beslutsunderlag för konsumenter att agera efter.

Otaliga försök att begränsa kostnadsökningarna i den amerikanska sjukvården har prövats men med mycket liten framgång. Initiativ baserade på endast kvalitet har inte kunnat påverka kostnadsökningarna. Det är tydligt att flera aktörer tror att P4P kan ha en viss inverkan på den amerikanska sjukvårdens utveckling (**Baker, Haughton & Mongroo, 2003**).

PriceWaterhouseCoopers (2007) har utvärderat de 10 största kommersiella försäkringsgivarna, s.k. hälsoplaner, i USA. Cirka 40 procent av sjukhusens intäkter kommer från privata försäkringsgivare. Det visade sig att det var orimligt stora skillnader i programmets omfattning, exempelvis:

- Närmare 60 indikatorer av läkarnas resultat identifierades. Av dessa indikatorer fanns inte någon som användes av alla 10 hälsoplaner.
- Av de studerade hälsoplanerna fanns inte två som belönade läkarna på samma sätt.
- Alla hälsoplaner administrerade sina program på helt olika sätt.

Trots de stora variationerna mellan hälsoplanerna fanns det några faktorer som var gemensamma:

P4P uppfattades som en nödvändig komponent i ett kvalitetsdrivet hälsovårdssystem, men inte den slutliga lösningen. Alla hade planer på att expandera sina strävanden att underlätta för vårdgivarna att bedöma kvalitetsförändringar. Och åtta skulle utöka sina P4P program. En generell åsikt var att P4P som bäst kunde ses som en marginell förbättring, men var otillräckligt för att lösa de fundamentala bristerna i nuvarande ersättningssystem och problemet med det stora antalet personer som inte har sjukförsäkring.

Inom hälsoplanen försöker man skräddarsy sina P4P (balanserade styrkort) för specifika behov, vilket leder till ett överflöd av mätinstrument. P4P är ännu inte på den nivå där man kan replikera modeller och best praxis. Betalarna använder en stor mängd indikatorer, men som är mycket olika varandra i de 10 hälsoplanerna.

I den kommersiella sektorn har P4P nått längre bland läkarna i jämförelse med sjukhusen. Medan de federala P4P-programmen, t.ex Medicare och Medicaid, startade med sjukhusen så gjorde de privata tvärtom: började med läkarna och därefter sjukhusen. P4P tycks vara mindre utvecklade och mer skräddarsydda vid förhandlingar om individuella kontrakt. Av tio hälsoplaner har åtta P4P för läkare och fyra för sjukhus.

Transparensen (öppna jämförelser) är fortfarande i sin linda. Även om incitamenten är mer utvecklade vad gäller läkarna i förhållande till sjukhusen, så är graden av öppenhet klart större vad gäller sjukhus.

Att mäta räcker inte. Bonusersättningen motsvarar mellan 1 och 8 procent av de totala ersättningarna till läkarna i de ovan studerade hälsoplanerna. Det har framförts att siffran måste komma upp till 10 procent för att reellt påverka läkarnas behandlingspraxis.

Resultaten av utvärderingarna av P4P programmen är otillräckliga. Endast en hälsoplan hade tagit fram en process för att utvärdera resultatet på ett statistiskt godtagbart sätt. Enligt dessa intervjuer har P4P knappast haft någon effekt vad gäller kostnaderna (**PriceWaterhouseCoopers, 2008**).

I en översikt av effekten av finansiella morötter till läkare inom HMO jämfört med FFS (prestationsersättning) fann **Conrad & Christianson (2004)** att mycket fortfarande är okänt vad gäller effekten av incitament på kvaliteten:

- Studier har inte kunnat separera effekten av individuella läkare kontra organisationsnivå.
- Tidigare empiriska studier har för det mesta fokuserat på indirekt och implicit kvalitetsincitament i stället för explicita incitament, som t.ex. bonus.
- Studier av explicita finansiella incitament har mestadels handlat om förebyggande vård med relativt osäkra resultat. Nyare system som kvalitetsbonus och hur ersättningen påverkar beroende på var någonstans i organisationen man befinner sig (tiered reimbursement) har inte utvärderats
- Vi har liten kunskap om hur skillnader i marknader, regioner och populationer påverkar inflytandet på effektiviteten i P4P program.
- Få longitudinella studier har gjorts

I en rapport över hur läkarorganisationer förhåller sig till sjukvårdens effektivitet hävdas att prestationslön (Fee for service, FFS) kan motverka den integrerade sjukvårdsmodellen som teoretiskt anses kunna bidra till ökad effektivitet i sjukvården. I FFS belönas läkare och sjukhus för prestationer som utförs oavsett om det finns evidens för åtgärden ifråga. FFS kan också stå i vägen för ett samarbete mellan olika vårdproducenter. Varje utförare har ett ekonomiskt intresse av att ge patienten mer vård hellre än att tillsammans med olika aktörer bestämma hur mycket och vilken mix av vården som är optimal (**Tollen, 2008**).

Millenson (2004) hävdar att även om några tidiga försök att kvantifiera hälsoeffekter hos befolkningen har gjorts så behövs mycket mer forskning inom området. Författaren betonar vikten av att standardisera för hur kvalitetsförbättringen mäts i olika jämförbara grupperingar av utförare, liksom att låta incitamenten utgöra en större andel av utförarnas totala ersättning. Slutligen behöver vi enas om vad som skall mätas och hur det skall mätas.

Leape & Berwick (2005) identifierar tre risker med P4P: (1) Nuvarande prestationsmått har kanske inte tillräcklig hög sensitivitet och specificitet för att tillräckligt kunna identifiera säkrare vård som finns i report cards och reimbursement plans; (2) Det finns inte ett tillräckligt antal validerade mått för att belysa patient-säkerhet i ersättningssystemen; (3) Det är sannolikt så att P4P, liksom alla andra ersättningssystem, har sina oförutsedda perversa incitament.

Smith (2007) nämner bland annat de skadliga beteendemönster som identifierades när allmänläkarna (GP:s) i Storbritannien fick sitt payment by results- program, vilket ledde till ogynnsam fokus på de mått som skulle mätas på bekostnad av andra viktiga kvaliteter och i vissa fall till rent bedrägeri.

Pink et al (2006) drar flera slutsatser efter att ha studerat P4P studier i England, USA och Australien. Studiedesignen varierar mycket mellan olika program, vilket får till följd att man måste utforma studierna efter den miljö man verkar i. Det finns enligt Pink inte någon konsensus vad gäller design av statliga program för P4P. Det är förvånansvärt lite som är känt vad gäller effekten av P4P. Trots avsaknad av evidens vad gäller P4P så implementeras programmen i en snabb takt. Det är mycket viktigt att måtten accepteras av utförare och professionella grupper.

Enligt **Smith (2007)** har vi förvånansvärt lite evidens för hur vi ska utforma en incitamentsinriktad P4P policy. De fåtaliga studier som har rapporterats har varit småskaliga och varit svåra att generalisera utifrån. Med undantag från Storbritannien har P4P incitamenten varit relativt små, kanske för små för att ge effekt på klinisk praxis. Som med all annan utvärdering är det viktigt att utforma systemen så att oönskade sidoeffekter inte uppstår. Risk för patientselektering finns, liksom vad händer med läkaretiken när incitamenten blir för stora? Enligt Smith har den s.k. ”starrating” haft betydande positiva effekter på vården. Mätning av performance är bara ett av tre väsentliga element i Performance management: de andra avser *kapacitet att reagera på data* och *incitament att reagera på data*.

Det finns oavsiktliga effekter av resultatbaserad ersättning, enligt **Mannion & Davies (2008)**:

- Tunnelseende – fokusering på aspekter som mäts på bekostnad av områden som inte mäts.
- Patientslektering (adverse selection)- incitament att undvika de patienter som är mest sjuka
- Erodering – en potentiell förminskning av den inneboende professionella motivationen att göra sitt bästa för att uppnå hög kvalitet på sjukvården (läkaretiken, enligt Hippokrates)
- Ojämlighet – skapande av perversa incitament som exkluderar missgynnade grupper
- Överkompensation – ersätta vårdproducenter som redan uppnått eller överträffat tröskelnivån
- Missvisande rapportering, diagnosglidning och bedrägeri.

Författarna påpekar att vi ännu har otillräcklig evidens om vad som fungerar och under vilka omständigheter och med vilka avsiktliga eller oavsiktliga konsekvenser. De långsiktiga effekterna av P4P är okända. Preliminära utvärderingar av NHS:s ”Quality and Outcomes Framework” visar på hälsoeffekter och oavsiktliga konsekvenser.

Miller (2007) har föreslagit 12 potentiella mål som kan förbättra pay-for- performance:

1. Ersättningssystem skall uppmuntra kvalitet, effektivitet och patientfokus.
2. Ersättningssystem skall stödja utförare att investera, främja innovationer och ta initiativ till förbättringar i effektivitet, kvalitet och utfallsmått (outcome) och/eller reducera kostnaderna.
3. Ersättningssystem skall inte uppmuntra överutnyttjande av sjukvårdsresurser, onödigt dyra behandlingar, sjukhusinläggningar och återintagningar, stödja sjukvårdsresurser med låg patienteffekt.
4. Ersättningssystem skall inte belöna utförare för underbehandling av patienter eller exkludera patienter med allvarliga sjukdomstillstånd och multipla riskfaktorer.
5. Ersättningssystem skall inte belöna utförare med dålig kvalitet och icke-evidensbara behandlingsmetoder.
6. Ersättningssystem skall göra utförare ansvariga för kvalitet och kostnader inom sin kontroll, men inte för kvalitet och kostnader som uppkommer utanför utförarnas kontroll.
7. Ersättningssystem skall stödja och uppmuntra koordinationen av vård bland olika utförare.
8. Ersättningssystemen skall uppmuntra patienternas val av vård som syftar till att förbättra vårdprocessen, vårdresultaten och förhoppningsvis minska vårdkostnaden.

9. Ersättningssystemen skall inte uppmuntra kortsiktiga kostnadsreduktioner på bekostnad av långsiktiga kostnadsminskningar och inte öka indirekta kostnader för att minska direkta kostnader.
10. Ersättningssystemet skall inte uppmuntra utförare att minska kostnader för en utförare genom att öka kostnaderna för andra utförare, om inte kostnaderna utjämnas mellan utförarna.
11. Ersättningssystem skall minimera administrationskostnaderna.
12. Olika utförare skall redovisa sina principer för ersättningar för att åstadkomma rättvisa mellan olika utförare.

En mycket genomarbetad utvärdering av pay-for-performance har gjorts av **Christianson, Leatherman & Sutherland (2007)** vid tankesmedjan The Health Foundation, Quest for Quality and Improved Performance (QUIP) i Storbritannien. Författarna analyserade 1564 artiklar som publicerats mellan januari 1994 och augusti 2006 och som handlade om finansiella incitament för att direkt förbättra vårdkvaliteten.

Resultatet efter en genomgång av 36 artiklar var blandat. Relativt få säkerställda effekter på kvaliteten rapporterades. Insatser av förebyggande karaktär har varit relativt framträdande. Det finns en begränsad evidens att målinriktade interventioner med inbyggda incitament har kunnat förbättra kvaliteten. *De fåtaliga studier med en stark forskningsdesign som gjorts visar på små eller inga effekter på vårdkvaliteten.* Den ackumulerade forskningen på området är inte av tillräcklig nivå för att bedöma den relativa betydelsen av identifierade hinder för en effektiv forskningsdesign och implementering av P4P.

Den andra delen handlade om sekundära effekter på kvaliteten av finansiella incitament ämnade att minska vårdutnyttjandet och kostnaderna. Efter en genomgång av 45 publicerade artiklar som helt eller delvis handlade om ämnet drogs följande slutsatser:

Evidensen av sekundära effekter av finansiella incitament på vårdkvaliteten är inte övertygande. För det första var studierna utformade mestadels för att minska kostnader och vårdutnyttjande. Generellt är sambandet mellan minskat vårdutnyttjande och vårdkvaliteten inte klarlagt, speciellt där vårdutnyttjandet kan ha varit stort före introduktionen av olika betalningsarrangemang. I litteraturen rapporteras olika kvalitets- och utfallsmått vilket gör det svårt att hitta ett mönster för de olika fynden. Hur incitamenten har vidarebefordrats till den nivå där beslut om handling fattas har inte klaggjorts i flertalet av studierna. Det är också vanligt att information saknas om andra instanser som beslutar om kvalitet. De flesta studier kontrollerar inte för detta förhållande när slutsatser dras om effekten av finansiella incitament.

Användningen av multipla indikatorer på kvalitet och utfallsmått i en studie underlättar en fylligare tolkning av resultaten. Exakt hur betalningar till utförare har gått till har inte tillräckligt beskrivits i studierna. Många av studierna är tvärsnittsstudier. Det måste ha varit väsentliga variationer i utförarnas kvalitet oberoende av finansiella incitament. Utan tillgång till adekvata kontrollvariabler blir det svårt för forskare att klargöra påverkan av finansiella incitament. Litteraturen om påverkan av incitament för vårdkvaliteten är fortfarande underutvecklad även om situationen tycks förbättras.

Förutom att dokumentera sambanden mellan finansiella incitament och best praxis eller förändringar i patientens utfallsmått bör forskningen också:

- Bidra till en bättre förståelse för sammanhangen mellan finansiella belöningar för kvalitetsförbättringar och påverkan av vårdgivarnas beteende
- Utvärdera kostnadseffektiviteten av P4P program
- Noggrant dokumentera oönskade och oväntade effekter av P4P i sjukvården som helhet
- Eftersom det finns en begränsad evidens av P4P som en isolerad intervention bör P4P betraktas som en av en serie interventioner som bör noteras som del i ett paket av kvalitetsförbättrande åtgärder.
- Betydelsen av oavsiktliga eller oväntade aspekter av P4P rapporteras sällan. Detta bör bli en rutin vid utvärderingar av P4P för att övervaka att inte oväntade eller oavsiktliga konsekvenser försummas.
- Finansiella incitament för att påverka beteenden kan ha en negativ inverkan på kvaliteten. Kvaliteten behöver övervakas i alla program där man kan förvänta en negativ effekt på kvaliteten.

Idén att betala läkarna mer för att hålla sig till evidensbaserade riktlinjer har tagit den amerikanska sjukvården med storm under senaste decenniet. I dag finns mer än 150 P4P program som har som yttersta mål att belöna läkarna om de håller hög vårdkvalitet. Men forskning visar att det finns ett fundamentalt problem med P4P program: Det har liten eller ringa inverkan på kvaliteten.

Den amerikanska kongressen har uppmanat sjukvårdsministern att verka för att ett nytt betalningssystem har tagits fram senast maj 2010. Det är högst sannolikt att P4P kommer att ingå som en del i det nya systemet.

I juli 2007 rapporterades att mer än 109 000 läkare medverkade i Medicare's Physician Quality Reporting Initiativ (PQRI), som fördelade \$36 miljoner i bonus till 56 700 läkare, i genomsnitt cirka \$600 per läkare. Från och med 2008 kan läkarna få ersättning med upp till 4 procent av Medicare's totala ersättningar (DRGs) genom att rapportera kvalitetsmått och implementera elektroniska system för läkarnas förskrivning av läkemedel.

År 2005 antog det amerikanska läkarförbundet (AMA) några riktlinjer för P4P programmen: deltagandet skall vara frivilligt, ersättningen skall inte minska, ökad användning av kvalitetsindikatorer som utvecklats av kliniskt verksamma läkare. Dessutom skall P4P program använda sig av adekvata data och vetenskapligt erkända metoder. AMA inrättade Physician Consortium for Performance Improvement som utvecklat 215 resultatmått inom olika områden från diabetes till alkohol och droger.

En av de absolut främsta experterna vad gäller pay-for-performance är Meredith B. Rosenthal, associate professor vid Harvard universitetet. Enligt **Rosenthal et al (2005)** är pay-for-performance ett relativt nytt fenomen inom sjukvården och finansierarna står inför stora utmaningar när de skall implementera dessa program: 1). Det finns begränsad vägledning i litteraturen för hur man bör utforma P4P program. 2) Det är viktigt att en samordning bland finansierare kommer till stånd och att man bestämmer sig för indikatorer för måluppfyllelse. I detta sammanhang kan det vara lämpligt att ta stöd i Leapfrog Group och Bridges to Excellence som

tillhandahåller standardiserade program för resultatbaserad ersättning, rapportering och bonussystem. 3) Ledarskapet hos Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) är viktigt. Här gjorde CMS och ProPAC ett väsentligt arbete när man introducerade det prospektiva betalningssystemet för Medicare patienter genom införande av diagnosrelaterade grupper (DRG). Det bör också framhållas att nuvarande P4P program inte har till huvudsyfte att begränsa kostnaderna, speciellt när målsättningarna gäller underutnyttjande av evidensbaserade medicinska teknologier.

I en artikel i **New England Journal of Medicine (21 maj 2009) "What Works in Market-Oriented Health Policy?"** diskuterar Rosenthal vilken evidens som finns för P4P. Vad gäller effektiviteten finns i några studier, men inte i alla, modesta förbättringar i målsatta mätvariabler (vanligtvis processmått på kvalitet). Vad gäller sidoeffekter nämns undvikande av högrisk patienter, manipuleringar för att öka inkomsterna utan att förbättra kvaliteten och därtill ett överdrivet fokus på målsatta prestationer. Exempelvis finns färskare resultat från Medicare patienter vad gäller "disease management". Prestationsbaserad ersättning har alltmer ökat i omfattning, men resultatet har varit ganska ringa i de flesta studier.

Rosenthal anser att fokus bör koncentreras på vårdproducenterna i stället för konsumenterna för att uppnå lägre kostnader, högre kvalitet och undvika oönskade effekter.

I en studie av **Mullen, Frank & Rosenthal (2008)** framhålls att det föreligger en mycket liten empirisk bas för att hävda att effektiviteten har ökat med P4P. Data från publicerade rapporter från läkargrupper i Kalifornien (PacifiCare) före och efter implementeringen av P4P vad gäller både pekuniära belöningar och andra kvalitetsförbättringar har studerats. Författarna kunde inte finna vare sig att effektiviteten hade ökat eller att kvaliteten hade försämrats. Av de sex mått som belönats var det bara för cervix cancer screening som en positiv effekt kunde påvisas.

I en nyligen publicerad studie har **Farrar et al (2009)** studerat om Payment by Results (PbR) påverkat den akuta sjukhusvården i England mellan 2003/4 och 2005/6 vad gäller volym, kostnader och kvalitet. En tendens till ökning av aktiviteten genom PbR kunde noteras. Exempelvis minskade vårdtiden och antal dagpatienter ökade. Däremot kunde man inte identifiera någon effekt på vårdkvaliteten med de utfallsmått som användes. I en ledarkommentar noterar **Anderson (2009)** att det är ett ganska vanligt resultat.

Bierman & Clark (2009) varnar för att ensidigt ha fokus på specifika kvalitetsmål kan medföra en negativ effekt vad gäller jämlikheten. Genom att program för kvalitetssäkring kan ha olika utfall för olika befolkningsgrupper kan ojämlikheten öka om inte programmen följs upp löpande. Om P4P program fungerar sämre för mindre gynnade grupper kan de få en negativ effekt för den personal som finns där. Författarna menar att jämlikheten måste vara en integrerad komponent vid utvärderingar av performance.

Nyligen har utkommit en engelsk rapport om en litteraturöversikt av payment by results inom psykiatrisk vård (**Mason & Goddard 2009**). Av redovisningen framgår att det mer rör sig om ersättning för (standardiserade) aktiviteter och inte om ersättning för outcome.

Flera läkarorganisationer i USA har varit oroad för den utveckling som P4P har tagit:

Amerikanska läkarsällskapet (AMA) har publicerat principer för P4P program med betoning på frivillighet, datasäkerhet och positiva incitament som stödjer relationen läkare och patient.

Amerikanska akademien för familjeläkare framhåller att det finns en mångfald av organisatoriska, tekniska, juridiska och etiska utmaningar som måste lösas innan vi har den kunskap som behövs för att implementera P4P.

Amerikanska geriatriska sällskapet betonar att kvalitetsmått inte bara skall fokusera på specifika sjukdomar utan också på patienter med multipla sjukdomar och funktionsnedsättningar.

Amerikanska akademien för neurologi anser att en oönskad konsekvens av nuvarande relativa betalningssystem snedvrider genom att uppmuntra diagnostiska tester i förhållande till insiktsfull och högkvalitativ patientvård. Akademien rekommenderar att dessa underliggande ojämlikheter mellan specialiteter måste utjämnas innan ett P4P program sjösätts.

Amerikanska endokrinologiska sällskapet framhåller att det är svårt att utveckla standardiserade indikatorer mellan olika specialiteter. Variationerna måste tillåta att patienter med olika individuella behov får hjälp utifrån sina egna förutsättningar.

Sammanfattning av litteraturoversikten

- Över 90 procent av P4P programmen kommer från USA och Storbritannien
- Relativt få publicerade studier, ofta av tveksam vetenskaplig kvalitet
- Ett trettiotal studier har valts ut. Berör vaccinationsprogram, screening (mammografi m.m.), prevention, kronikersjuka m.m., akut och elektiv vård, sjukhus, läkare och annan vårdpersonal
- Långsiktig evidens saknas, kortsiktiga resultat osäkra
- Modesta eller inga öknings i utfallsmått men kraftigt ökade administrationskostnader
- Optimal storlek på incitament för att uppnå kvalitetshöjning är inte undersökt
- Premiering av hög kvalitet vs relativ kvalitetshöjning behöver utvecklas
- P4P vs andra incitament oklart
- Inverkan av P4P jämfört med allmän trend oklar
- Bristande förutsättningar för uppföljning - flera observationsstudier med oklara samband
- Småskaliga studier – generaliserbarheten blir lidande
- Vetenskapliga utvärderingar som är trovärdiga och av hög kvalitet behövs
- Program och kvalitetsmått olika - samordning av program och utfallsmått önskvärt
- Relationen kostnader vs kvalitet/effektivitet måste klargöras
- Dokumentationen av kontexten viktig liksom dokumentation av oväntade och negativa händelser, t.ex. patientselektering
- Intresset från amerikanska läkare tycks ha svalnat

Referenser

- Anderson G. (Editorial). The effects of payment by results. Cannot necessary be predicted by theory and past experience. *BMJ* 2009;339:b3081
- Anderson KK, Sebaldt RJ, Lohfeld L, Burgess K, Donald FC, Kaczorowski J. Views of family physicians in southwestern Ontario on preventive care services and performance incentives. *Family Practice* 2006; 23:469-71.
- Armour BS, Pitts MM, Maclean R, Cangialose C, Kishel M, Imai H, Etchason J. The effect of explicit financial incentives on physician behavior. *Archives of Internal Medicine* 2001;161:1261-66.
- Baker G, Haughton J, Mongroo P. Pay for Performance Incentive Programs in Healthcare: Market Dynamics and Business Process. Executive Briefing. A Research Report sponsored by ViPS, Inc. in partnership with Med-Vantage, 2003.
- Bell CM, Levinson W. Pay for performance: learning about quality. *CMAJ* 2007;176(12):1717-9.
- Bierman AS, Clark JP. Performance measurement and equity. *BMJ* 2007;334:1333-1334.
- Bokhour BG, Burgess Jr JF, Hook JM, White B, Berlowitz D, Guldin MR, Menterko M, Young GJ. Incentive implementation in physician practices: a qualitative study of practice executive perspectives on pay for performance. *Medical Care Research and Review* (2006;63:pp 73S-95S).
- Calltorp J. Ersättningssystem inom hälso- och sjukvården – en kunskapsöversikt baserad på internationella erfarenheter. PM 2007-12-09.
- Cameron PA, Kennedy MP, McNeil J. The effects of bonus payments on emergency service performance in Victoria. *The Medical Journal of Australia* 1999; 171:243-46.
- Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Middleton E, Sibbald B, Roland M. Quality of Primary Care in England with the Introduction of Pay for Performance. *NEJM* 2007; 357:181-190.
- Campbell SM, McDonald R, Lester H. The Experience of Pay for Performance in English Family Practice: A Qualitative Study. *Ann Intern Med* 2008; 6:228-234.
- Cherry DK, Woodwell DA, Rechtsteiner EA. National Ambulatory Medical Care Survey: 2005 summary. *Adv Data*. 2007;1-39. (PMID: 17703793).
- Christianson J, Leatherman S, Sutherland K. Financial incentives, healthcare providers and quality improvements. A review of the evidence. *Quest for Quality Improved Performance (QQUIP)*, 2007. www.health.org.uk/qquip.
- Conrad DA, Christianson JB. Penetrating the “Black Box”: Financial Incentives for Enhancing the Quality of Physicians Services. *Medical Care Research and Review* 2004; 61(3):37S-68S.
- Dafney LS. How do hospitals respond to price changes. *The American Economic Review* 2005;95:1525-47.

Damberg CL, Raube K, Stephanie S, Teleki and dela Cruz E. Taking stock of pay-for-performance: A candid assessment from the front lines. *Health Affairs* 2009; 28(2):517-525.

Davis K. Paying for Care Episodes and Care Coordination. *NEJM* 2007;356:1166-1168 (Editorial).

Deloitte Center for Health Solutions: Paying For Performance. A Call for Quality Health Care

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. *NEJM* 2006; 355:375-384. <http://content.nejm.org/cgi/content/full/355/4/375>

Duckett S, Daniels S, Kamp M, Stockwell A, Walker G, Ward M. Essay. Pay for Performance in Australia: Queensland's new Clinical Practice Payment. *J Health Serv Res Policy* 2008; 13:174-177.

Dudley RA, Frolich A, Robinowitz DL, Talavera JA, Broadhead P, Luft HS, McDonald K (2004). Strategies to Support Quality-Based Purchasing: A Review of the evidence. Technical Review Number10. AHRQ Publication No. 04-0057, Agency for Healthcare Research and Quality.

Dudley RA, Miller RH, Korenbrot TY, Luft HS. The impact of financial incentives on quality of health care. *The Milbank Quarterly* 1998;76:649-86.

Duggan M. Does contracting out increase the efficiency of government programmes? Evidence from Medicaid HMOs'. *Journal of Public Economics* 2004;84:2549-72.

Enthoven AC, van de Ven, WPPM. Going Dutch – Managed-Competition Health Insurance in the Netherlands. *NEJM* 2007; 357:2421-2423.

Epstein AM. Pay for Performance at the Tipping Point. *NEJM*; 2007; 356:515-517(Editorial)

Epstein AM. Pay-for-Performance in Commercial HMOs. *NEJM* 2006:355:1895-902.

Epstein AM. Paying for performance in the United States and abroad. *NEJM* 2006; 355:406-408. (Editorial).

Fairbrother G, Hanson KL, Friedman S, Butts GC. The impact of physician bonuses, enhanced fees, and feedback on childhood immunization coverage rates. *Am J Pub Health* 1999;89:171-75.

Fairbrother G, Siegel Mj, Friedman S, Kory PD, Butts GC. Impact of financial incentives on documented immunization coverage rates in the inner city of New York: results of a randomized controlled trial. *Ambulatory Pediatrics* 2001; 1:206-12.

Farrar S, Yi, D, Sutton M, Chakley M, Sussex J, Scott A. Has payment by results affected the way that English hospitals provide care? *BMJ* 2009;339:b3047 doi:10.1136/bmj.b3047.

Fisher ES. Paying for Performance – Risks and Recommendations. *NEJM* 2006;355: 1845-7.

Fuchs VR, Emanuel EJ. What it might take to effect comprehensive change. *Health Affairs* 2005; 24:1399-1413.

Fuchs VR. Three "Inconvenient Truths" about Health Care. *NEJM* 2008;359:1749-1751.

- Gené-Badia J, Escaramis-Babiano G, Sans-Corrales M, Sampietro-Colom L, Aguado-Menguy F, Cabezas-Peña C, Gallo-Puelles P. Impact of economic incentives on quality of professional life and end-user satisfaction in primary care. *J Health Policy* 2007;80:2-10.
- Glickman SW, Ou F-S, DeLong ER, Roe MT, Lytle BL, Mulgund J, Rumsfeld JS, Gibler WB, Ohman EM, Schulman KA, Peterson ED (2007). Pay for performance, quality of care, and outcome in acute myocardial infarction. *JAMA* 2007; 297: 2373-80.
- Gosfield AG. Contracting for Provider Quality: Then, Now and P4P, in Gosfield (Ed). *Health Law Handbook*, 2004 edition, West Group, pp. 103-183. (2004a) which is available at <http://www.gosfield.com/PDF/ch3PDF.pdf>.
- Grady KE, Lemkau JP, Lee NR, Caddell C (1997). Enhancing mammography referral in primary care. *Preventive Medicine* 1997;26:791-800.
- Gravelle H, Sutton M, Ma A. Doctor behavior under pay for performance contract: further evidence from the Quality and Outcomes Framework. Center for Health Economics. The University of York. CHE Research Paper 34, 2008.
- Greb S, Focke A, Hessel F, Wasem J. Financial incentives for disease management programmes and integrated care in German social health insurance. *Health Policy* 2006; 78(2-3):295-305.
- Greene RA, Beckman H, Chamberlain J, Partridge G, Miller M, Burden D and Kerr J. Increasing adherence to a community-based guideline for acute sinusitis through education, physician profiling and financial incentives. *The American Journal of Managed Care* 2004;10:670-78.
- Grossbart SR, What's the Return? Assessing the Effect of Pay-for-Performance Initiatives on the Quality of Care Delivery. *Medical Care Research and Review* 2006; 63(1):29S-48S.
- Hadley J, Mandelblatt JS, Mitchell JM, Weeks JC, Guadagnoli E, Hwang Y-T and OPTIONS Research Team. Medicare breast surgery fees and treatment received by older women with localized breast cancer. *Health Services Research* 2003;38:553-573.
- Hadley J, Mitchell JM, Sulmasy DP, Blochey MG. Perceived financial incentives, HMO market penetration, and physicians' practice style and satisfaction. *Health Services Research* 1999;34:307-21.
- Håkansson S. Different Ways of Organizing and Financing Health Care. In: Wimo A, Jönsson B, Karlsson G, Winblad B (eds): *Health Economics of Dementia*, John Wiley & Sons. Ltd 1998, pp.67-97.
- Healthcare Commission and Audit Commission. Is the treatment working? Progress with the NHS system reform programme. *Health Summary*, June 2008.
- Hillman AL, Pauly MV, Kerman K, Martinek CR. HMO managers' views on financial incentives and quality. *Health Affairs* 1991; 10:10:207-19.
- Hillman AL, Ripley K, Goldfarb N, Nuamah I, Weiner J, Lusk E. Physician financial incentives and feedback: failure to increase cancer screening in Medicaid managed care. *Amer J Pub Health* 1998;88: 1699-1701.
- Hillman AL, Ripley K, Goldfarb N, Weiner J, Nuamah I, Lusk E. The use of physician financial incentives and feedback to improve pediatric preventive care in Medicaid managed care. *Pediatrics* 1999;104:931-35.

Institute of Medicine (IOM 2006). Rewarding Provider Performance: Aligning Incentives in Medicare http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=11723#toc

Institute of Medicine (IOM, 2006a). Committee on Quality of Health Care in America: Preventing Medical Errors (2006). Washington, DC: National Academy Press.

Jacobsson F. Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård. Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi, Linköpings universitet. CMT Rapport 2007:2

Jacobsson F. Mål och mått. En dokumentation och utvärdering av en resultatbaserad ersättning inom primärvården. Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi, Linköpings universitet. CMT Rapport 2008:6.

Kouides RW, Bennett NM, Lewis B, Cappuccio JD, Barker WH and LaForce FM. Performance-based physician reimbursement and influenza immunization rates in the elderly. The primary-care physicians of Monroe County. *Am J Prev Med* 1998;14:89-95.

Landon BE, Normand S-L T. Performance Measurement in the Small Office Practice: Challenges and Potential Solutions. *Ann Intern Med.* 2008; 148:353-357.

Leape LL, Berwick DM. Five Years After To Err Is Human. What have we learned? *JAMA* 2005;293: 2384-2390.

Leapfrog Compendium website 2005. <http://www.leapfroggroup.org>

Lester H, Roland M. Future of quality measurement. *BMJ*; 2007:1130-31.

Levin-Scherz JN, DeVita N, Timbie J. Impact of pay-for-Performance Contracts and Network Registry on Diabetes and Asthma HEDIS Measures in an Integrated Delivery Network. *Medical Care Research and Review* 2006; 63(1):14S-28S.

Lindenauer PK, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM, Ma A, Bratzler DW. Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement. *NEJM* 2007;356: 486-496.

Luft HS. Variations in patterns of care and outcomes after acute myocardial infarction for Medicare beneficiaries in fee-for-service and HMO settings. *Health Services Research* 2003;38:1065-79 and S1-S12.

Mannion R, Davies HTO. Payment for performance in health care. *BMJ* 2008;336:306-308.

Mason A, Goddard M. Payment by results in mental health: a review of the international literature and an economic assessment of the approach in the English NHS. Centre for health economics, university of York, UK 2009. CHE research paper 50.

McDonald R, Harrison S, Checkland SM, Roland M. Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care: ethnographic study. *BMJ*;2007;334;1333-1334.

McDonald R, Roland M. Pay for Performance in Primary Care in England and California: Comparison of Unintended Consequences. *Ann Fam Med* 2009;7:121-127.

McPherson KM, Reid DA. Outcomes for patients must be a core variable in this complex research. *MJA* 2007; 186 (12):614-5.

Millenson ML. Pay-for-Performance: The Best Worst Choice. *Quality and Safety in Health Care* 2004; 13: 323-4.

Miller HD. Creating payment system to accelerate value-driven health care: issues and options for policy reform. Pittsburgh Regional Health Initiative, September 2007. The Commonwealth Fund.

Miller RH, Luft HS (1994). Managed care plan performance since 1980: a literature analysis. *JAMA* 1994; 271:1512-19.

Miller RH, Luft HS (1997). Does managed care lead to better or worse quality of care? *Health Affairs* 1997;16:7-25.

Morris S, Sutton M, Gravelle H. Inequality and inequality in the use of health care in England: an empirical investigation. *Social Science and Medicine* 2005;60:1251-1266.

Mullen K, Frank R, Rosenthal M (2008). Can you get what you pay for? Pay-For-Performance and the Quality of Healthcare Providers. RAND Working Paper (2008).

National Audit Office. NHS Pay Modernisation: New Contracts for General Practice Services in England. Report by the Comptroller and Audit General, 28 February, 2008.

O'Reilly KB. P4P found to have little impact on care quality. *Amednews.com*. AMNews staff. August 4, 2008.

Pauly MV. Blending better ingredients for health reform. *Health Affairs* 2008; 16 September,w482-w491.

Pearson SD, Schneider EC, Kleinman KP, Coltin KL, Singer JA. The Impact of Pay-for-Performance on Health Care Quality in Massachusetts, 2001-2003. *Health Affairs* 2008;27(4):1167-1176.

Perkins R, Seddon M(2006). Quality improvement in New Zealand healthcare. Part 5. Measurement for monitoring and controlling performance-the quest for external accountability. *N Z Med J*.2006; 119: U2149.

Petersen LA, Woodard LC, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does Pay-for-performance Improve the Quality of Health Care? *Ann Intern Med* 2006; 145:265-272.

Perkins R, Pelkowitz A, Seddon M (2006). Quality improvement in New Zealand healthcare. Part 7: clinical governance – an attempt to bring quality into reality. *N Z Med J*. 2006;119(1243):U2259.

Pham HH, Scrag D, O'Malley AS, Beny Wu MS, Bach PB. Care Pattern in Medicare and Their Implications for Pay for Performance. *NEJM* 2007an attempt to bring quality into reality; 356:1130-9.

Pink GH, Brown AD, Studer ML, Reiter KL, Leatt P. Invited Essay: Pay-for-Performance in Publicly Financed Healthcare: Some International Experience and Considerations for Canada. *Healthcare Papers* 2006; 6:8-26.

PriceWaterhouseCoopers, Health Research Institute: Keeping Score, A comparison of pay-for-performance programs among commercial insurers, August 22, 2007.

PriceWaterhouseCoopers, Health Research Institute: You get what you pay for. A global look at balancing demand, quality, and efficiency in healthcare payment reform, 2008.

- Roland M. Comment on Christianson J. "Financial incentives, healthcare providers and quality improvements". Retrieved 2008-07-05 from www.health.org.uk/qquip.
- Roland M. Linking physicians' pay to the quality of care: a major experiment in the United Kingdom. *NEJM* 2004;251:1448-54.
- Rosenthal MB, Frank RG, Zhonghe L, Epstein AM. Early Experience with Pay-for-Performance: From Concept to Practice. *JAMA* 2005; 294:1788-1793. <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/294/14/1788>
- Rosenthal MB, Frank RG. What is the Empirical Basis for Paying for Quality in Health Care? *Medical Care Research and Review* 2006; 63(2):135-57.
- Rosenthal MB, Landon BE, Normand SL, Frank RG, Epstein AM. Pay for Performance in Commercial HMOs. *NEJM* 2006; 355:1895-902.
- Rosenthal MB. What works in Market-Oriented Health Policy? *NEJM* 2009;360:2157-2160.
- Scott A, Hall J (1995). Evaluating the effects of GP remuneration: problems and prospects. *Health Policy* 1995;21:183-95.
- Scott A. Pay for performance in health care: strategic issues for Australian experiments. *MJA* 2007; 187: 31-35. No 1, 2 July 2007.
- Simpson CR, Hannaford PC, Lefevre K, Williams D. Effect of the UK incentive-based contract on the management of patients with stroke in primary care. *Stroke* 2006;37:2354-60.
- Smith PC. Performance measurement in health care: history, challenges and prospects. Paper prepared for First Preparatory Meeting for the health Systems Ministerial Conference, 29-30 March, 2007, Brussels.
- Starfield B. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*; 2005; 83:457-502.
- Statens offentliga utredningar. En nationell cancerstrategi för framtiden. *SOU* 2009:11.
- Sutton M, Ikenwilo, Skatun D. Evaluation of the introduction of a pay for performance contract for UK family doctors using participant perceptions, Health, Econometrics and Data Group (HEDG). HEDG Working Paper 20, 2007.
- Tollen L. Physician Organization in Relation to Quality and Efficiency of Care. A Synthesis of Recent Literature, The Commonwealth Fund, April 2008.
- Town R, Kane R, Johnson P, Butler M (2005). Economic incentives and physicians' delivery of preventive care: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 2005;28:234-40.
- Van de Ven WPMM, Schut FT. University Mandatory Health Insurance in the Netherlands: A Model for the United States? *Health Affairs* May/June, 2008; 27(3):771-81.
- Whalley D, Bojke C, Gravelle H, Sibbald B. GP job satisfaction in view of contract reform: a national survey. *British Journal of General Practice* 2006; 56: 87-92.
- Yen LE, Wells RW, Gillespie JA, Leeder SR. The search for better financing of health care, including that for people with chronic illness. *MJA* 2007;186:438-9.

Bilaga 1. Kännetecken för betalningssystem i hälso- och sjukvården

	Kostnads-kontroll	Enkel admini-Stration	Incita-ment för effektivitet	Incita-ment för produktivitet	Incita-ment för kvalitet	Incita-ment för nöjda patienter	Speciella kännetecken
Lön	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Läkarna kan inte undvika komplexa patienter
Per capita	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Kan uppmuntra underanvändning av vård
DRG	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej	Kan uppmuntra fler intagna och kortare vårdtid
Betalt per Prestation	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej	Kan uppmuntra onödig vård
Budget	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Beroende av medelstilldelning, incitament att spendera hela budgeten
P4P	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja	Incitamenten kan motverkas om de blir för komplexa
Per vård-dag vid sjukhus	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Kan uppmuntra fler intagna och längre vårdtider
Arvode	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej	Kan uppmuntra onödiga kapital-investeringar

Källa: You Get What You Pay For: A Global Look at Balancing Demand, Quality, and Efficiency in Health-care Payment Reform. PriceWaterhouseCoopers, Health Research Institute, 2008

Bilaga 2. Ordlista

Archer Medical Savings Accounts – Individual accounts that may be set up by self-employed individuals and those who work for small companies. Funds in the accounts are used to pay medical expenses.

Capitation – A method of paying health care providers or insurers in which a fixed amount is paid per enrollee to cover a defined set of services over a specific period, regardless of actual services provided.

Case Mix - The mix of patients treated within a particular institutional setting, such as hospital. Patient classification systems like DRGs can be used to measure hospital case mix.

Coinsurance – The amount you must pay for medical care after you have met your deductible. Typically, your plan will pay 80 percent of an approved amount, and your coinsurance will be 20 percent, but this vary from plan to plan.

Copayment – The flat fee you pay each time you receive medical care. For example, you may pay 10 USD each time you visit the doctor. Your plan pays the rest.

Deductible – The amounts you must pay each year before your plan begins paying.

Diagnosis Related Groups (DRG:s) – A system for determining case mix, used for payment under Medicare's PPS and by some other payers. The DRG system classifies patients into groups based on principal diagnosis, type of surgical procedure, presence or absence of significant comorbidities or complications, and other relevant criteria. DRGs are intended to categorize patients into groups that are clinically meaningful and homogenous with respect to resource use.

Disease management – An approach to patient care that coordinates medical resources for patients across the entire health care delivery system. There is a shift in focus from treating patients during discrete episodes of care to provision of high-quality care across the continuum.

Disability insurance – Pays benefit if you are injured or become seriously ill and are no longer able to work.

Enrollee – A person who is covered by health insurance.

Evidence-based medicine (EBM) – The conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of EBM means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research.

Exclusions – Services that are not covered by a plan. Sometimes called limitations. These exclusions and limitations must be clearly spelled out in plan literature.

Fee-for-services – A method of reimbursing health care providers in which payment is made for each service rendered.

Fee-for-service insurance – Traditionally (indemnity) health insurance where you and your plan each pay a portion of your health expenses, usually after you meet a yearly deductible. In most cases, you can choose any physician, hospital, or other provider (non-network based coverage).

Flexible spending arrangements – Employees use pre-tax dollars to set up these accounts and draw down on them to pay qualified medical expenses during the year. Unused amounts are forfeited at the end of the year.

Formulary – An insurance company’s list of covered drugs.

Gross Domestic Product (GDP) – A valuation of all goods and services produced within the boundaries of a country during a given period.

Group insurance – health plan offered to a group of individuals by an employer, association, union, or other entity.

Health maintenance organization (HMO) – A managed care plan that integrates financing and delivery of a comprehensive set of health services to an enrolled population. HMOs contract with, directly employ, or own participating health care providers. Enrollees are usually required to choose from among these providers and in turn have limited copayments. Providers may be paid through capitation, salary, per diem, or negotiated fee-for-services rates. You usually must obtain referral from your primary care physician before you can see a specialist.

Health reimbursement arrangement – An account established by an employer to pay an employee’s medical expenses. Only the employer can contribute to a health reimbursement account.

Health savings account – An account established by an employer or an individual to save money toward medical expenses on a tax-free basis. Any balance remaining at the end of the year “rolls over” to the next year.

High-deductible health plan – A plan that provides comprehensive coverage for high-cost medical events. It features a high deductible and a limit on annual out-of-pocket expenses. This type of plan is usually coupled with a health savings account or a health spending account.

High-risk pool – A State-operated program that offers coverage for individuals who cannot get health insurance from another source due to serious illness.

Indemnity insurance – Traditional, fee-for-service health insurance that does not limit where a covered individual can get care.

Individual health insurance – Coverage that pays for all or part of the cost of home health care services or care in a nursing home or assisted living facility.

Managed care – Any system of health services payment or delivery arrangements in which the health plan or provider attempts to control or coordinate health services use to contain health expenditures, improve quality, or both. Arrangements often involve a defined delivery system of providers having some form of contractual relationship with the plan. Managed care plans feature a network of physicians, hospitals, and other providers who participate in the plan. In some plans, covered individuals must see an in-network provider; in other plans, covered individuals may go outside of the network, but they will pay a larger share of the cost.

Medicaid – A Federal program administered by the States to provide health care for certain poor and low-income individuals and families. Eligibility and other features vary from State to State.

Medicare – A Federal insurance program that provides health care coverage to individuals aged 65 and older and certain disabled people, such as those with end-stage renal disease.

Network – A group of physicians, hospitals, and other providers who participate in a particular managed care plan.

Open enrollment – A set time of year when you can enroll in health insurance or change from one plan to another without benefit of a qualifying event (e.g., marriage, divorce, birth of a child/adoption, or death of a spouse). Open enrollment usually occurs late in the calendar year, although this may differ from one plan to another.

Peer Review Organization (PRO) - An organization that contracts with CMS (Center for Medicare and Medicaid) to investigate the quality of health care furnished to Medicare beneficiaries and to educate beneficiaries and providers. PROs also conduct target reviews of medical records and claims to evaluate the appropriateness of care provided.

Physician - Hospital Organization (PHO) - An organization, usually in the form of a joint venture, commonly owned by a hospital and a group of physicians, often the hospital's medical staff. The PHO can act as an agent for both parties in various activities, including contracting with managed care plan, owning a managed care plan, and providing administrative services

Point-of-service plan (POS) – A managed care option, usually offered by an HMO, that allows enrollees to choose among network and non-network providers at the time of services. Enrollees choosing non-network providers are subject to substantially higher coinsurance, copayments, or deductibles.

Preferred provider organization (PPO) – A form of managed care in which you have more flexibility in choosing physicians and other providers than in an HMO. You can see both participating and nonparticipating providers, but your out-of-pocket expenses will be lower if you see only plan providers.

Premium – The amount you pay to belong to a health plan. If you have employer-sponsored health insurance, your share of premiums usually are deducted from your pay.

Primary care physician – Usually a family practice doctor, internist, obstetrician-gynecologist, or pediatrician. He or she is your first point of contact with the health care system, particularly if you are in a managed care plan.

Prospective payment- A method of paying health care providers in which rates are established in advance. Providers are paid these rates regardless of the costs they actually incur.

Prospective Payment System (PPS) - Medicare's acute care hospital payment method for inpatient care. Prospective per case payment rates are set at a level intended to cover operating costs for treating a typical inpatient in a given diagnosis-related group. Payments for each hospital are adjusted for differences in area wages, teaching activity, care to the poor, and other factors. Hospitals may also receive additional payments to cover extra costs associated with atypical patients (outliers) in each DRG. Capital costs, originally excluded from PPS, are being phased into the system. By 2001, capital payments will be made on a fully prospective, per case basis.

Outliers - Cases with extremely long lengths of stay (day outliers) or extraordinarily high costs (costs outliers) compared with other classified in the same diagnosis related groups. Hospitals receive additional PPS payments for these cases.

Productivity - The ratio of outputs (goods and services produced) to inputs (resources used in production). Increased productivity implies that the hospital or health care organization is either producing more output with the same output with fewer resources

Reasonable and customary charge - The prevailing cost of a medical service in a given geographic area.

Utilization Review (UR) – The review of services delivered by a health-care provider to evaluate the appropriateness, necessity, and quality of the prescribed services. The review can be performed on a prospective, concurrent, or retrospective basis.

Källa: Håkansson S. Different Ways of Organizing and Financing Health Care. In: Wimo A, Jönsson B, Karlsson G, Winblad B (eds) Health Economics of Dementia John Wiley & Sons Ltd, 1998 pp:67-97

I Pay-for-Performance (P4P) ingår en definierad kompensation som ett direkt resultat i en förändring i ett eller flera kvalitetsmått: en kvalitetsbonus för att uppnå en viss kvalitetsnivå, en riskrelaterad pott avsatt beroende på huruvida man uppnått avsedd kvalitetsnivå, prestationsrelaterad ersättning med både morot och piska och högre ersättningsnivåer för utförare med hög kvalitet. Det finns alltså ett direkt samband mellan utförarnas prestationer och ersättning.

Källa: Pink GH, Brown AD, Studer ML, Reiter KL, Leatt P. Invited Essay: Pay-for-Performance in Publicly Financed Healthcare: Some International Experience and Considerations for Canada. Healthcare Papers 2006; 6:8-26

Bilaga 3: Resources

AARP – an advocacy organization comprising 35 million members. AARP focuses on issues affecting men and women aged 50 and older www.aarp.org

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) – an agency of the Federal Government. www.ahrq.gov

America's Health Insurance Plans (AHIP) – a national association that represents health insurance plans providing medical, long-term care, disability income, dental, supplemental, stop-loss, and reinsurance to more than 200 million Americans www.ahip.org

Joint Commission on Accreditation of Healthcare (JCAHO) – Evaluate and accredits health care organizations and programs, including hospitals, long-term care facilities, and other health care facilities, as well as health plans, managed care entities, and other insurers www.jointcommission.org

Medicaid – General Information about the Medicaid program is available online at www.cms.hhs.gov Medicaid is a State administered program; eligibility and covered services vary from State to State.

Medicare – Go to the Medicare Web site at www.medicare.gov where you can search by category, keyword, or phrases to find information about Medicare.

National Committee for Quality Assurance – a group that develops quality standards, performance measures, and recognition programs for organizations and individuals, including health plans, medical groups, physician networks, and individual physicians www.ncqa.org

Utilization Review Accreditation Commission – a group that accredits PPOs and other managed care networks www.urac.org

Bilaga 4. Svensk sjukvård i internationell belysning

Makroekonomiska aspekter

Den europeiska sjukvårdsdebatten har ofta fokuserat på den skandinaviska eller nordiska modellen, som en önskemodell för andra att följa, eftersom den tycks generera hög ekonomisk tillväxt, kombinerat med hög sysselsättning och makroekonomisk stabilitet.

De skandinaviska länderna karakteriseras av en stor offentlig sektor, generösa sociala försäkringar, fokus på en aktiv arbetsmarknadspolitik, höga skatter, hög facklig anslutning, samordnade löneförhandlingar och relativt liten ojämlikhet vad gäller inkomster. Detta har lett till många observatörers åsikt att modellen kombinerar jämlikhet och effektivitet.

Den svenska ekonomin har återhämtat sig starkt med tanke på den djupa konjunkturen i början av 1990-talet. Tillväxten var 4,4 procent 2006 (SCB, 2007). Med ett strukturellt budgetöverskott i de offentliga finanserna på cirka 2 procent av BNP har Sverige ett försprång vad det gäller att möta de demografiska förändringar i förhållande till många OECD-länder.

Enligt OECD kan Sverige glädja sig åt en stabil makroekonomi med hög tillväxt, liten arbetslöshet och stabila inflationsförväntningar. Tidigare reformer från 1990-talet har nu börjat ge effekt på produktiviteten och ekonomisk tillväxt. Tyvärr är det inte ljus på alla områden. Sysselsättningsnivån har inte kommit upp till tidigare nivåer. Arbetslösheten är stor för invandrare och ungdomar, samtidigt som kostnaderna för sjukskrivningar och förtidspensioner fortfarande är höga.

Även om den ekonomiska tillväxten är stark har antalet arbetslösa kommit ner i de nivåer som var under början av 1990-talet. Från en topp på 23 procent 1993 har andelen 20-64 år i arbetskraften som lever på allmänna inkomsttransfereringar minskat till 20 procent 2006, vilket är klart högre än de 15-16 procent som rådde 1990-91. Sysselsättningsgraden är en av de högsta i OECD, speciellt för kvinnor. Icke desto mindre är sysselsättningsgraden för män mellan 25-54 år 85 procent och för kvinnor 81 procent, vilket är väsentligt lägre än läget under början av 1990-talet. Ett av de stora problemen för Sverige är den mycket ojämlika arbetsmarknaden. Unga invandrare har en arbetslöshet på över 30 procent att jämföra med ungdomar i allmänhet som är cirka 10 procent.

Kostnader och finansiering av hälso- och sjukvården

Sjukvårdens kostnader bestäms i hög grad av landets ekonomiska situation, mätt som köpkraftskorrigerad BNP per capita. Under Sveriges glansperiod 1870-1970 var det bara Japan som hade en högre tillväxt per arbetad timme än Sverige. Under perioden växte den japanska ekonomin 25,8 gånger och den svenska 21,6 gånger. 1970 hade Sverige en fjärdeplats i den så kallade "välståndsligan" eller köpkraftsligan bland OECD länderna. Efter den kraftiga nedgången i början av 1990-talet har Sverige nu hamnat i en position litet högre än genomsnittet.

Sedan länge finns ett mycket känt samband mellan ett lands ekonomi och hur mycket man satsar på hälso- och sjukvården. 1960 bildades OECD. Vid en enkel korrelation mellan BNP per capita och sjukvårdskostnaderna per capita "förklara-

de” BNP 94 procent av variationerna. Om vi gör samma analys för 2002 så har ”förklaringsvärdet” minskat till 83 procent. Det är två länder som avviker, nämligen USA som har en mycket högre sjukvårdskostnad än vad kan förväntas av dess BNP. Det andra landet Luxemburg har en mycket hög BNP. Om dessa länder utesluts så ökar ”förklaringsvärdet” flera procentenheter.

Hälso- och sjukvårdskostnadernas andel av BNP var 9 procent 2005, vilket var detsamma som medelvärdet för OECD länderna. Under perioden 1960-1980 var den svenska och amerikanska andelen i stort sett likartad. Därefter har sjukvårdskostnaderna i USA ökat dramatiskt och uppgick till 16 procent av BNP, jämfört med 9 procent för Sverige för år 2005.

I Sverige finansieras hälso- och sjukvårdens kostnader till 85 procent med offentliga medel och 15 procent med privata medel. I USA är cirka 55 procent privata medel och 45 procent privata.

I Sverige har de totala kostnaderna för sjukvård, sjukskrivningar och förtidspensioner beräknats till

550 miljarder kronor. Av detta uppgick 188 miljarder för hälso- och sjukvården. Med andra ord går en tredjedel till hälso- och sjukvård och två tredjedelar till sjukskrivning och förtidspensioner (se figur).

I OECD:s Country Review of Sweden (June 2005) konkluderades att Sveriges största ekonomiska problem gäller det stora antalet personer som inte arbetar på grund av sjukdom eller ohälsa.

Samhällets kostnader för all sjuklighet 2002. Miljarder kronor i 2002 års priser

Kostnader	Kvinnor	Män	Totalt
Mortalitet (dödlighet)	16	24	40
Förtidspension	71	63	134
Sjukskrivning	109	79	188
Sluten/öppen vård	87	72	159
Läkemedel	16	13	29
Totalt	299	251	550

Källa: Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen (2004)

Hälso- och sjukvårdskostnader per capita för 2007 i OECD-länderna samt hälso- och sjukvårdskostnadernas andel av BNP

Köpkraftsjusterade uppgifter i USD, samt procentuell andel av BNP. Källa: OECD Health Data 2009.

USA	7 290	16,0
Norge	4 763	8,9
Schweiz	4 417	10,8
Luxemburg	4 162	7,3
Kanada	3 895	10,1
Österrike	3 763	10,1
Frankrike	3 601	11,0
Tyskland	3 588	10,4
Nederländerna	3 527	9,8
Belgien	3 462	10,2
Irland	3 424	7,6
Danmark	3 362	9,8
Sverige	3 323	9,1
Island	3 319	9,3
Australien	3 157	8,7
Storbritannien	2 992	8,4
OECD genomsnitt	2 964	8,9
Finland	2 840	8,2
Grekland	2 727	9,6
Italien	2 686	8,7
Spanien	2 671	8,5
Japan	2 581	8,1
Nya Zeeland	2 510	9,2
Portugal	2 150	9,9
Korea	1 688	6,8
Tjeckien	1 626	6,8
Slovakien	1 555	7,7
Ungern	1 388	6,8
Polen	1 035	6,4
Mexiko	823	5,9
Turkiet	618	5,7

I jämförelse med OECD har Sverige:

Resurser

- Genomsnittlig BNP per Capita
- Genomsnittligt antal läkare och sjuksköterskor (men låg andel primärvård)
- Få sjukhussängar per capita
- Genomsnittlig läkemedelskostnad per capita
- Låg andel läkemedelskostnad av totala sjukvårdskostnader
- Genomsnittlig sjukvårdskostnad per capita
- Stor andel offentlig finansiering (85 %)

Demografi, sysselsättning och FOU

- Hög andel 80 år och äldre (Sverige i topp med 5,3 %)
- Hög sysselsättningsgrad, speciellt för kvinnor
- Högsta andel FOU (4 % av BNP)
- Mycket hög andel personer frånvarande på grund av sjukdom och ohälsa

Resursutnyttjande

- Kort medelvårdtid
- Få läkarbesök per capita (endast Mexico har lägre)
- Hög andel dagkirurgi
- Genomsnittlig användning av medicinsk teknologi

Livsstil

- Hög andel självbedömd hälsa
- Låg andel rökare (män lägst i OECD)
- Relativt låg BMI (body mass index)
- Relativt lite alkoholintag
- Lågt kaloriintag
- Hög nivå på fysisk aktivitet (Sverige högst bland EU-15)
- Genomsnittlig nivå på smörkonsumtion
- Låg konsumtion av frukt och grönsaker

Resultat

- Hög livslängd
- Låg barnadödlighet
- Genomsnittlig patienttillfredsställelse
- Relativt hög nivå på EURO HEALTH Consumer index (4:a 2006; 6:a 2007; 9:a 2009).
- Ganska bra nivå vad gäller Aging Vulnerability Index (se figur)

Framtida demografisk utveckling under perioden 2000-2040

The Center for Strategic and International Studies (CSIS) har analyserat hur olika länder drabbas av kommande befolkningsutveckling. Svaret beror i huvudsak på fyra faktorer:

Offentlig börda (Public burden): För varje land beror de offentliga kostnaderna hur stor andel den äldre befolkningen utgör, hur snabbt befolkningen ökar och hur generösa bidragssystemen för de äldre utvecklas.

Finansiellt utrymme (Fiscal Room): Ett lands sårbarhet vad gäller ökade kostnader för de äldre beror inte bara på hur storleken av bördan men också hur betalningsförmågan är, t.ex genom skatter, nedskärningar vad gäller andra utgifter eller lån.

Förmånsberoende (Benefit Dependence): Ett lands förmåga att anpassa sig den åldrande befolkningen beror på hur beroende de äldre är vad gäller stöd, antingen från offentliga organ eller familjen.

De äldres välstånd (Elder Affluence): En slutlig faktor som bestämmer hur bra ett land anpassar sig till den åldrande befolkningen har att göra med den äldres ekonomiska status, både nu och i framtiden.

Som framgår av tabell 3 är det Australien, Storbritannien och USA som har de bästa förutsättningar att klara framtida utmaningar vad gäller befolkningsökningen. Anledningen är deras relativt billiga förmånssystem och deras väl utvecklade privata alternativ.

Sveriges jämförelsevis höga rankning har bland annat att göra med vår låga stats-skuld och vår förmåga att minska förmånerna för de icke-äldre befolkningsgrupperna, samt den pensionsreform som genomdrevs 1999. Å andra sidan så saknar många äldre personer starka familjeband, som är vanligt förekommande i många icke-nordiska länder. Därtill kommer att vi är starkt beroende av offentliga förmånssystem.

I den grupp som har hög sårbarhet återfinns Frankrike, Italien och Spanien.

Tabell 3. *The Center for Strategic and International Studies (CSIS) Aging Vulnerability Index (2003 edition).*

Låg sårbarhet	Medel sårbarhet	Hög sårbarhet
1. Australien	4. Kanada	10. Frankrike
2. Storbritannien	5. Sverige	11. Italien
3. USA	6. Japan	12. Spanien
	7. Tyskland	
	8. Nederländerna	
	9. Belgien	

Källa: Philip Longman & Paul S. Hewitt. The Challenge of Global Aging. A Publication in Skandia's Social Focus series (2003)

Health Consumer Powerhouse : 2009 Euro Health Consumer Index 2009

I den senaste rankningen toppades listan av Nederländerna på 863 poäng. Därefter kom Danmark, Island, Österrike, Schweiz, Tyskland, Frankrike, Luxemburg och Sverige, som tappade sin femte plats från 2008 och ligger på 9:e plats 2009.

1. Nederländerna	863	18. Estland	638
2. Danmark	819	19. Cypern	637
3. Island	811	20. Ungern	633
4. Österrike	795	21. Portugal	632
5. Schweiz	788	22. Spanien	630
6. Tyskland	787	23. Kroatien	627
7. Frankrike	778	24. Grekland	600
8. Luxemburg	777	25. FYR Makedonien	576
9. Sverige	762	26. Polen	565
10. Norge	740	27. Malta	565
11. Belgien	732	28. Slovakien	560
12. Finland	721	29. Litauen	546
13. Irland	701	30. Albanien	542
14. Storbritannien	682	31. Lettland	512
15. Italien	671	32. Rumänien	489
16. Slovenien	668	33. Bulgarien	448
17. Tjeckien	667		

European Consumer Health Index (ECHI) har blivit en standard för jämförelser inom europeisk sjukvård. För 2009 rangordnar undersökningen nationella sjukvårdssystem i 33 europeiska länder utifrån 38 indikatorer, vilka täcker sex delområden som bedöms vara viktiga för vårdkonsumenten: Patienträttigheter och information, E-hälsa, Väntetider till behandling, Behandlingsresultat, Vårdåtgärdens omfattning samt Tillgång till läkemedel.

Sverige har fortfarande topplatsen vad gäller outcomes (utfallsmått). Brister i väntetider och E-hälsa drar dock ner det totala slutresultatet.

Health Consumer Powerhouse gjorde också två delstudier: diabetes och hjärtsjukvård (2008).

Vad gäller diabetes hamnade Sverige på en 11:e plats med Danmark i topp.

När det gäller hjärtsjukvården så kom Sverige på en 7:e plats med Luxemburg på första plats, därefter Frankrike, Norge, Schweiz och Österrike.

För både diabetes och hjärtsjukvård tappade Sverige genom lägre rangordning för prevention.

Pay for performance (P4P)

– *resultatbaserad ersättning: en litteraturöversikt*

Rapporten är skriven av Stefan Håkansson och Michael Högberg inom ett uppdrag från Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Stockholms läns landsting. Utvecklingen av resultatbaserad ersättning (målrelaterad ersättning, kvalitetsersättning, etc.) är under stark utveckling inom hälso- och sjukvården och detta kunskapsunderlag har presenterats i olika sammanhang. Efterfrågan avseende kunskap inom området är stort varför det den här skriften publiceras som en del inom det nationella utvecklingsprojektet för ersättningssystem inom hälso- och sjukvård.

Sveriges Kommuner och landsting har fått regeringens uppdrag att bedriva ett projekt med syfte att stimulera, utveckla och underlätta landstingens arbete med system för ersättningar inom hälso- och sjukvården. Projektet ska stödja en positiv utveckling av hälso- och sjukvården.

Skriften kan hämtas som pdf-fil på www.skl.se/publikationer

ISBN: 978-91-7164-496-1