

# Økonomiske incentiver og behandlingskvalitet

Bruk av prestasjonsbasert avlønning kan føre til at legene konsentrerer seg om målbare aspekter på bekostning av mindre målbare aspekter. For å unngå dette har man i flere land begynt å betale allmennlegene for at de deltar i arbeidet med faglig kvalitetsforbedring.

Basert på forfatters prøveforelesning ved Økonomisk Institutt, Universitetet i Oslo, juni 2009.

**Siri Fauli Munckerud**

siri.fauli.munckerud@legeforeningen.no

NOKLUS

og

Medisinsk fagavdeling

Legeforeningen

Postboks 1152 Sentrum

0107 Oslo

Legerollen krever at legen både tar hensyn til den enkelte pasients beste og til fellesskapets ressurser. Pasientens helse og diagnose er derfor viktig for legens handlemåte, og det er rimelig å anta at legene har en indre motivasjon til å hjelpe pasienten.

Den toneangivende sveitsiske velferdsøkonomen Bruno Frey (1) mener at mennesket har en indre motivasjon, dvs. at det har motivasjon i kraft av individets egen vilje (2). «Crowding-out»-teorien går ut på at bruk av incentiver som påvirker individets ytre motivasjon, kan redusere dets indre motivasjon (2). Ytre motivasjon representerer incentiver som kommer utenfra, som anerkjennelse, lønn eller straff. Ifølge denne teorien blir monitorering vurdert som et signal på manglende tillit, og kan redusere innsatsen ved at den indre motivasjon reduseres.

## Økonomiske incentiver i allmennlegetjenesten

I mange land, som Norge, Nederland, England, Italia og Australia, representerer allmennpraktikeren det første helsetjenestnivået pasienten møter. Allmennlegen bestemmer hvilke pasienter som skal sendes videre til spesialisthelsetjenesten og har således en portvaktrolle og en nøkkelposisjon i helsevesenet. Omtalen nedenfor er avgrenset til privatpraktiserende leger.

Avlønningssystemer for allmennlegetjenesten er bl.a. beskrevet av nederlandske helsemyndigheter (3). Det vanligste internasjonalt har vært ulike kombinasjoner av driftstilskudd, per capita-tilskudd og stykkpriser, slik vi har i Norge (tab 1).

Den stykkprisbaserte komponenten gjør det mulig å påvirke tjenestnivået og motvirke at legen motiveres til å velge pasienter som ikke trenger mange helsetjenester. Per capita-tilskuddet kan være justert for pasientsammensetning og geografiske forhold, og skal føre til bedre kontinuitet i lege-pasient-forholdet.

### Hva begrenser de økonomiske insentivene?

Legens ønske om å maksimere sin egen nytte ved f.eks. å øke sin egen inntekt, begrenses av kliniske retningslinjer og etiske vurderinger. Legen er opptatt av pasientens helse, og de fleste leger vil velge tiltak til det beste for pasienten når de er kjent med den korrekte medisinske beslutning (4). Økonomiske incentiver vil derfor få større betydning når det er usikkerhet rundt den korrekte beslutningen.

### Empiriske resultater av stykkpris og per capita-avlønning

Det finnes en rekke empiriske studier av legers atferd og effekt av økonomiske incentiver. Litteraturen støtter i all hovedsak at legene følger økonomiske incentiver ved at stykkpris totalt gir flere tjenester og at per capita-betaling totalt gir flere henvisninger til spesialisthelstjenesten (3). Økningen i antall henvisninger kommer av at legen ønsker å utføre minst mulig i egen praksis for å kunne ha mange pasienter på listen.

Iversen & Lurås har studert konsekvenser av fastlegeordningen og funnet at henvisningsraten økte etter at fastlegeordningen ble innført, at leger som har ledig kapasitet yter flere tjenester per person på listen enn leger som har oppnådd sitt listetak, og tilbyr bedre tilgjengelighet ved kortere ventetid (5).

Grytten & Sørensen viser at leger som har ledig kapasitet, tiltrekker seg flere eksterne pasienter, dvs. pasienter som ikke er på legens liste, enn de som har for mange eller tilstrekkelig med pasienter på listen (6). Carlsen & Norheim har gjennom fokusgruppetudier i Norge studert legenes opplevelse av portvaktrollen (7). Legene

uttrykte at de etter innføring av fastlegeordningen var mindre opptatt av portvaktrollen og syntes at det var viktigere å gi pasientene bedre service for å holde dem fornøyde.

### Prestasjonsbasert avlønning

Prestasjonsbasert avlønning innebærer at deler av inntekten til legen knyttes til målbare sider ved behandlingskvaliteten. Iversen har omtalt prestasjonsavhengig avlønning og spesielt ordninger i England og USA (8). Jeg vil her gi et eksempel fra England.

### Bruk av prestasjonsmål i England

I 2004 ble det innført prestasjonsavhengig avlønning av allmennlegene i England. Det ble etablert 146 kvalitetsindikatorer innenfor ti kroniske lidelser langs dimensjonene pasientbehandling, organisasjon og pasienttilfredshet. Pasientbehandling ble delt i 19 undergrupper, og i hver undergruppe var det delmål som skulle oppfylles. Det ble gitt poeng for hvordan legepraksisen var organisert, for gjennomføring av spørreundersøkelser og dokumentasjon av plan for hvordan fastlegene ville følge opp spørreundersøkelsen. Maksimalt kunne en legepraksis oppnå 1 000 poeng årlig, og hvert poeng ga en uttelling på 125 pund – dvs. legepraksisen kunne maksimalt motta 125 000 pund årlig fra denne type aktivitet.

Det første året oppnådde allmennpraktikere ca. 84 % av maksimalt oppnåelig poengsum, og dette medførte en stor inn-

**Tabell 1** Oversikt over hovedtyper av avlønningformer i allmennlegetjenesten

Type avlønning	Kjennetegn
Driftstilskudd	Inntekt avhengig av åpningstid og hjelpepersonell
Stykkpris	Inntekt avhengig av tjenester ytt
Per capita	Årlig inntekt per person på liste



Illustrasjon Stein Løken

teksøkning. Senere resultater viser at målene var satt for lavt, dvs. at allmennlegene allerede hadde nådd behandlingsmålene og at reformen ikke hadde endret kvaliteten på behandlingen (9).

#### Andre former for prestasjonsbasert avlønning

I en rekke land har man startet med å betale allmennlegene for at de deltar i arbeidet med faglig kvalitetsforbedring. Dette er tiltak som skal bidra til å få legen til å reflektere over og forbedre egen praksis. Tiltakene skal styrke legenes faglighet og bidra til å øke deres indre motivasjon. Eksempler på tiltakene er at legen mottar betaling for å registrere data i kvalitetsregistre, bruke behandlingsprogrammer, motta jevnlig tilbakemelding på sin aktivitet sammenliknet med kollegenes aktivitet, diskutere strategier for å oppnå kvalitetsforbedringer og delta i utvikling av kliniske retningslinjer (10). Dette har man startet med i Australia, Italia og USA.

I Australia er allmennlegenes inntekt stykkprisbasert, men det er ingen priskontrull slik at takstene kan variere fra lege til lege. I tillegg til stykkpris ble det i 1999 innført et praksisinsentivprogram for å gå

over til et system koblet mot kvalitet. I 2003 bidro programmet med nesten 10 % av legenes inntekt (11). Ved akkreditert praksis kan man motta betaling for å ha et minimumsnivå på praksisens infrastruktur (IT, studenter, lengre åpningstid), eller delta i kvalitetsregistre for astma, diabetes og/eller psykiske lidelser. Man mottar også ekstra betaling for å fullføre en årlig plan for behandling basert på kliniske retningslinjer for henholdsvis astma, diabetes og psykiske lidelser.

#### Prestasjonsbasert avlønning – empiri

Det finnes få studier av prestasjonsavhengig avlønning. Scott og medarbeidere har studert effekten av økonomiske incentiver på kvaliteten i diabetesbehandlingen i Australia, og de fant en positiv moderat effekt av å delta i kvalitetsforbedringsprogrammet for diabetes versus ikke å delta (10). Damberg og medarbeidere har sett på det største programmet for prestasjonsbasert avlønning (pay for performance) i USA – som er i California. Etter tre års satsing rapporteres det at programmet trolig har påvirket positivt pga. større vektlegging av kvalitetsprogram og kvalitetsmål, og bruk av dataprogrammer som forbedrer data-

grunnlaget for kvalitetsforbedring. Men programmet har så langt ikke ført til større gjennombrudd med henblikk på kvalitetsforbedringer (12).

#### Status i Norge

##### Hva vet vi om behandlingsskvaliteten?

Retningslinjer i allmennpraksis brukes i liten grad (13), og dette gir grunnlag for å tro at det er et forbedringspotensial. NSAMs handlingsprogram for diabetes i allmennmedisin var den rettesnoren for flest allmennleger, 52 %, brukte i praksis. Ifølge Claudi og medarbeidere er kvaliteten på diabetesbehandlingen i allmennpraksis blitt bedre de siste 5–10 årene (14). De mener årsaken er at retningslinjene er blitt brukt, men at det fremdeles er behov for ytterligere forbedringer i kvaliteten på diabetesbehandlingen i Norge.

Fra 1.7. 2008 ble det innført en takst for å fylle ut et diabeteskjema som skal sendes til «Nasjonal diabetesregister for voksne». Dette er et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister som skal bidra til kvalitetssikring og kvalitetsforbedring av diabetesbehandlingen. Dette skal bl.a. skje ved kontinuerlige tilbakemeldinger til dem som leverer data til registeret.

*Er det behov for endringer?*

Per capita-komponenten i Norge er uavhengig av pasientsammensetningen. En artikkel av Grytten og medarbeidere viser at den faktiske arbeidsbelastningen per liste-pasient er høyere for kvinnelige enn for mannlige leger fordi kvinnelige leger har større andel kvinnelige pasienter. Kvinnelige pasienter har flere konsultasjoner og får utført flere behandlinger enn mannlige pasienter. Kvinnelige leger kan oppveie den større arbeidsbelastningen per pasient ved å ha færre pasienter på listen enn mannlige leger (15). Per capita-avlønning gjør det mer lønnsomt å fordele et gitt volum legetjenester på mange pasienter enn på få. Disse resultatene kan tyde på at kvinnelige leger må arbeide mer for å oppnå en inntekt tilsvarende den mannlige leger kan greie. Dette er et eksempel som tyder på at man i Norge bør vurdere å justere per capita-avlønning for pasientsammensetningen.

Målet må være å finne den avlønningssystemen som gir best behandlingskvalitet innenfor budsjettammene, med minst mulig negative effekter. Jeg støtter Carlsen og medarbeidere som foreslår at man bør prøve å begrense den enkelte fastleges skjønn ved bedre utarbeiding og oppfølging av de medisinske retningslinjene (16).

Jeg vil derfor foreslå at man arbeider for et nøytralt avlønningssystem og for bedre kvalitet i behandlingen ved tiltak

som styrker legens faglighet. Eksempler på dette er at det legges til rette for frivillig deltakelse i kvalitetsregistre, med jevnlig tilbakemeldinger av egen aktivitet sammenliknet med kollegenes aktivitet.

*Jeg takker Tor Iversen ved HERO (Health Economics Research Programme at the University of Oslo) for god veiledning i forbindelse med prøveforelesningen og Kvalitetsforbedringsfond III for at de ga meg anledning til å arbeide med dette i arbeidstiden. Jeg vil også takke Sverre Sandberg og Geir Thue i NOKLUS for nyttige kommentarer ved utarbeiding av manuskriptet.*

*Oppgitte interessekonflikter: Ingen*

**Litteratur**

1. Frey BS. Not just for the money: an economic theory of personal motivation. Vermont, UK: Edward Elgar Publishing, 1997.
2. Deci EL. Intrinsic motivation. New York: Plenum Publishing, 1975.
3. Nederlandse Zorgautoriteit. An optimal remuneration system for general practitioners 2007, research paper nr. 4. [www.nza.nl/publicaties/Researchpapers/](http://www.nza.nl/publicaties/Researchpapers/) (24.8.2010).
4. Hillmann A. Health maintenance organizations, financial incentives and physician judgement. *Ann Intern Med* 1990; 112: 891–3.
5. Iversen T, Lurås H. Waiting time as a competitive device: an example from general medical practice. *Int J Health Care Finance Econ* 2002; 2: 189–204.
6. Grytten J, Sørensen R. Busy physicians. *J Health Econ* 2008; 27: 510–8.
7. Carlsen B, Norheim OF. Introduction of the patient-list system in general practice: changes in Norwegian physicians' perception of their gate-

keeper role. *Scand J Primary Health Care* 2003; 21: 209–13.

8. Iversen T. Prestasjonsavhengig betaling til legene – noe for Norge? RØST: Helse 2008, nr. 1. [www.okonominettverket.no/Artikkel/804.html](http://www.okonominettverket.no/Artikkel/804.html) (23.8.2010.)
9. Gravelle H, Sutton M, Ma A. Doctor behaviour under a pay for performance contract: treating, cheating and case finding. *The Economic Journal* 2009; 119: 129–56.
10. Scott A, Schurer S, Jensen PH et al. The effects of an incentive program of quality of care in diabetes management. *Health Economics* 2009; 9: 1091–108.
11. Harris M, Georgiou A, Powell-Davies PG. Divisions Diabetes & CVD Quality Improvement Project. Diabetes Service Incentive Payments by Division 2001/2 to 2003/4. Sydney: Centre for General Practice Integration Studies, School of Public Health and Community Medicine, UNSW, 2004.
12. Damberg CL, Raube K, Teleki SS et al. Taking stock of pay for performance: a candid assessment from the front lines. *Health Affairs* 2009; 28: 517–25.
13. Treweek S, Flottorp S, Fretheim A et al. Retningslinjer for allmennpraksis – blir de lest og blir de brukt? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 300–3.
14. Claudi T, Ingskog W, Cooper JG et al. Kvaliteten på diabetesbehandlingen i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2008; 128: 2570–4.
15. Grytten J, Skau I, Aasland O. Arbeidsbelastning blant kvinnelige og mannlige fastleger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 1850–2.
16. Carlsen B, Iversen T, Lurås H. Markedsforholdene har fortsatt betydning for allmennlegenes praksis. *Økonomisk Forum* 2005; nr. 7.

*Manuskriptet ble mottatt 18.3. 2010 og godkjent 26.8. 2010. Medisinsk redaktør Siri Lunde.*