

# Kan økonomiske incitamentter skabe og understøtte sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenets aktører?

Den ustyrlige sundhed

*Siden 1980'erne er behovet for at forbedre sammenhæng på tværs af sektorer og leverandører blevet fremhævet i den danske sundhedspolitiske debat. I artiklen diskuterer vi potentialet i at bruge økonomiske incitamentter til at understøtte bedre sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenet. Vi benytter principal-agent-teorien til at belyse virkningen af incitamentterne på sundhedsaktørers adfærd. Artiklen har tre formål. For det første giver vi et overblik over den internationale forskningsviden om virkningen af forskellige typer af økonomiske incitamentter, der*

*kan anvendes til at skabe bedre sammenhæng på tværs af sundhedsaktører. For det andet giver vi bud på, hvordan denne viden kunne benyttes i en dansk kontekst til at forbedre sammenhængen mellem sundhedsaktører og på en måde, som understøtter tredjepartsbetalers målsætninger om at sikre en høj behandlingskvalitet og lave behandlings- og transaktionsomkostninger. For det tredje præsenterer vi viden om fremmere og barrierer for implementering af tværsektorielle økonomiske incitamentter.*

## Behovet for sammenhæng i sundhedsvæsenet og økonomiske incitamentters potentiale

I snart 40 år er behovet for at forbedre sammenhæng på tværs af sektorer og leverandører blevet fremhævet i den danske sundhedspolitiske debat. Allerede i 1985 blev *Samordningsudvalget for sundhedsvæsenet* bedt om at "overveje en forbedret samordning af funktionerne i det samlede sundhedsvæsen og i forhold til den nærmest tilgrænsende del af den sociale sektor" (Indenrigsministeriet, 1985). Den manglende sammenhæng skyldes blandt andet fragmenterede forløb mellem funktionsopdelte og specialiserede enheder, som gør det sværere at levere effektiv behandling og pleje såvel som rehabilitering og forebyggelse (Prior mfl., 2023). Ønsket om bedre sammenhæng kan forstås fra både et patientmæssigt og samfundsøkonomisk perspektiv. Selvom patienter ikke i sig selv interesserer sig for sektorgrænser, er det dem som oplever unødige indlæggelser, gentager sygehistorier og risikerer at falde mellem stole, når sammenhængen mangler, mens det er samfundsøkonomien, der må bære de øgede omkostninger. Forventningen er at bedre sammenhæng kan gavne både samfundsøkonomien og patienters helbred og oplevede kvalitet (Baxter mfl., 2018; Yordanov mfl., 2024).

➤ Ønsket om bedre sammenhæng kan forstås fra både et patientmæssigt og samfundsøkonomisk perspektiv. Selvom patienter ikke i sig selv interesserer sig for sektorgrænser, er det dem som oplever unødige indlæggelser, gentager sygehi-

### THIM PRÆTORIUS

Seniorforsker, Steno Diabetes Center Aarhus, Aarhus Universitetshospital og lektor, Institut for Statskundskab, Syddansk Universitet, tpra@sam.sdu.dk

### ANNE SOPHIE OXHOLM

Lektor, Institut for Sundheds-tjenesteforskning, Syddansk Universitet, asoxholm@sdu.dk

### ESKILD KLAUSEN FREDSLUND

Sundhedsøkonom, Steno Diabetes Center Aarhus, Aarhus Universitetshospital, eskfre@rm.dk

### MICKAEL BECH

Professor, Institut for Statskundskab, Syddansk Universitet, mibech@sam.sdu.dk

### SØREN RUD KRISTENSEN

Professor, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet, srkristensen@health.sdu.dk

## strier og risikerer at falde mellem stole, når sammenhængen mangler, mens det er samfundsøkonomien, der må bære de øgede omkostninger.

Med Sundhedsstrukturkommissionens rapport er udfordringen med fragmenterede patientforløb eftertrykkeligt kommet højt på den politiske dagsorden (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024b). Kommissionen blev nedsat som kulminationen på en række politiske udspil og erkendelser om sundhedsvæsenets tilstand og behov for sammenhængende og nær behandling. Herunder en bekymrende fremskrivning af sundhedsudgifterne, da flere borgere lever længere og mange med kroniske sygdomme. I den forbindelse vurderes en del af løsningen at være en styrkelse af og opgaveflytning til det primære og nære sundhedsvæsen, særligt almen praksis og kommuner (Sundheds- og Ældreministeriet, 2018), hvilket er i tråd med LEON-princippet om, at sundhedsopgaver skal leveres på det laveste effektive omkostnings- og omsorgsniveau.

På baggrund af sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger fremsatte Regeringen i september 2024 et sundhedsudspil, hvor forslaget er at oprette 17 sundhedsråd, som modsat de eksisterende 21 sundhedsklynger tildeles økonomiske handlemuligheder og myndighedsansvar (Regeringen mfl., 2021; Regeringen, 2024). Disse sundhedsråd vil potentielt kunne gøre brug af økonomiske incitamenter til at skabe bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet.

I denne artikel fokuserer vi på den rolle økonomiske incitamenter kan spille med hensyn til at understøtte bedre sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenets aktører. Sammenfattende ligger artiklens primære bidrag i sammenfatningen af forskning om økonomiske incitamenter til at skabe sammenhæng i sundhedsvæsenet. Såkaldte tværsektorielle økonomiske incitamenter tilskrives et betydeligt potentiale i det danske sundhedsvæsen (Bech og Kjellberg, 2022). Til at belyse de forventede virkninger af økonomiske incitamenter på sundhedsaktørernes kollektive adfærd benytter vi principal-agent-teorien (PA-teorien), som kan forklare aktørers (agents) motivation til at indgå en aftale og yde en indsats for en betaler (principalen). Artiklen har tre hovedformål. For det første giver vi et overblik over den internationale forskningsviden om virkningen af forskellige typer af økonomiske incitamenter, der kan anvendes til at skabe bedre sammenhæng på tværs af sundhedsaktører. For det andet giver vi bud på, hvordan denne viden kan benyttes til at forbedre sammenhængen mellem sundhedsaktører i en dansk kontekst på en måde, som sikrer en høj behandlingskvalitet og lave behandlings- og transaktionsomkostninger. For det tredje præsenterer vi viden om, hvad der fremmer og hæmmer implementeringen af tværsektorielle økonomiske incitamenter.

### Sundhedsaktører og tredjepartsbetalere forklaret ved principal-agent-teorien

Sundhedsaktørers levering og planlægning af ydelser (f.eks. almen praksis eller hospital) bliver af økonomer ofte forklaret ved brug af PA-teorien (Moo-

ney og Ryan, 1993). Denne teori beskriver, hvordan en sundhedsaktør er agent og udfører handlinger for eller på vegne af en eller flere principaler. Principalerne er her f.eks. patienter og tredjepartsbetalere (f.eks. regionerne). Det antages typisk, at agenten har mere information end principalerne om behovet for og leveringen af ydelserne. Den ”perfekte agent” vil levere ydelserne, som principalerne ønsker, såfremt at principalerne besad den samme information og evne som agenten. Når agenten har samme målsætninger som sine principaler, vil den asymmetriske information ikke skabe styringsmæssige problemer. Men hvis agenten har andre målsætninger, kan informationsasymmetrien føre til såkaldte agentproblemer, hvor ydelserne ikke leveres, som principalerne ønsker.

Tredjepartsbetalerne kan forsøge at håndtere agentproblemerne ved at introducere incitamenter, som får agenterne til at dele deres målsætninger. Disse incitamenter kan være af økonomisk eller ikke-økonomisk karakter. Økonomiske incitamenter er altid til stede, da sundhedsaktører skal aflønnes for deres arbejde. Her er det vigtigt at holde sig for øje, at alle aflønningsformer har fordele og ulemper set fra betalernes perspektiv (Scott mfl., 2011; Eijkenaar mfl., 2013; Jia mfl., 2021). For eksempel vil en fast månedsløn eller basishonorering give betalerne budgetsikkerhed, men samtidig medføre en risiko for underudbyd af ydelser, da sundhedsaktørerne ikke har et direkte økonomisk incitament til at behandle patienterne. Aktivitetsbaseret aflønning vil derimod give et økonomisk incitament til at levere ydelser, men samtidig også medføre en øget risiko for, at der leveres for mange eller unødige ydelser samt budgetoverskridelser (Ellis og McGuire, 1986). Ikke-økonomiske incitamenter kan f.eks. være kliniske retningslinjer, feedbackrapporter og akkreditering, som kan introduceres for at appellere til sundhedsaktørernes ikke-økonomiske motivationer (f.eks. omdømme motivation og faglige interesser).

PA-teorien illustrerer også udfordringer med at skabe sammenhængende patientforløb, når flere sundhedsaktører indgår i planlægningen og leveringen af sundhedsydelser (Mason mfl., 2015). I sådanne tilfælde kompliceres håndteringen af agentproblemerne yderligere, da den enkelte sundhedsaktørs handlinger ikke kun påvirker patienterne og tredjepartsbetalerne, men også andre sundhedsaktører. Der er således en indbyrdes afhængighed mellem den behandling, der leveres af en sundhedsaktør og behovet for behandling fra en anden sundhedsaktør. Hvis, for eksempel, en alment praktiserende læge ikke foretager nødvendige kliniske undersøgelser af en patient, kan det øge risikoen for en hospitalsindlæggelse, der muligvis kunne have været undgået. Tilsvarende kan tidlig udskrivelse fra hospitalet påføre kommunen en opgave med ekstra pleje, som den i nogle tilfælde ikke er rustet til. Hvis incitamentsstrukturen ikke tager højde for indbyrdes afhængighed mellem aktørerne, kan de stå i vejen for, at sundhedsydelser leveres på den måde, der er fagligt og økonomisk mest hensigtsmæssig (Yordanov mfl., 2024). Der eksisterer adskillige eksempler på, at økonomiske incitamenter kan skabe problemer for samspillet mellem sundhedsaktører. Aflønning for specifikke ydelser giver således den enkelte sundhedsaktør incitament til at levere ydelserne, men ikke

til at overveje, om disse ydelser kunne leveres mere omkostningseffektivt af en anden, hvorved denne aflønningsform risikerer at føre til et øget ressourcforbrug i sundhedsvæsenet. Et andet eksempel er, hvis sundhedsaktørerne modtager en fast betaling for et behandlingsforløb. Det kan tilskynde til at minimere egen indsats for at begrænse egne omkostninger uden at tage i betragtning, hvordan dette påvirker behandlingsomkostningerne i andre dele af sundhedsvæsenet. Dette kaldes populært kassetænkning.

Et overordnet budskab fra PA-teorien er, at kombinationen af asymmetrisk information og forskellige målsætninger hos sundhedsvæsnets principaler og agenter kan føre til at sundhedsydelser leveres uhensigtsmæssigt. For at imødekomme dette er det vigtigt at have økonomiske incitamentsstrukturer, som tilskynder til fælles målsætninger og samarbejde.

Selvom der er god evidens for, at sundhedsaktører er økonomisk motiverede (Oxholm mfl., 2024; Yordanov mfl., 2023), skal tredjepartsbetalere også være opmærksomme på, at der eksisterer andre motivationsformer, som kan påvirkes af økonomiske incitament. Sundhedsaktører kan f.eks. være drevet af en indre motivation, dvs. en ren glæde for og interesse i at udføre selve arbejdet. Hvis incitamenterne opfattes som kontrollerende, kan de fortrænge aktørernes indre motivation og derved reducere deres arbejdsindsats (Frey og Jegen, 2001). Man kan i princippet forestille sig en situation, hvor aktører opfatter et snævert økonomisk incitament til at samarbejde som uønsket styring, hvilket stik imod hensigten får dem til at reducere deres samarbejdsindsats.

En anden form for ikke-økonomisk motivation, som i særlig grad karakteriserer sundhedsaktører, er altruisme, dvs. et ønske om at ”gøre det godt for andre” uden skelen til egen vinding. Denne altruisme kan være rettet mod den enkelte patient (kaldet brugerorientering), men også samfundet som helhed (kaldet public service motivation) (Perry og Wise, 1990). Der er evidens for, at altruisme er relateret til både aktørers behandlingsadfærd (Oxholm mfl., 2024; Jensen og Andersen, 2015) og også deres samarbejdsvillighed (Esteve mfl., 2015). Aktører, som er mere altruistiske, forventes således i højere grad at udvise samarbejdsvillighed for det fælles bedste. Man kan dog også forestille sig, at denne samarbejdsvillighed fortrænges af økonomiske incitament, hvis disse opfattes som kontrollerende. Sammenfattende bør tredjepartsbetalere derfor være særligt opmærksomme på, hvordan aktører opfatter økonomiske incitament for at sikre, at de har den ønskede virkning.

## **Internationale erfaringer med økonomiske incitament til at forbedre sammenhæng**

Flere lande har siden 1990'erne introduceret nye afregnings- og organiseringsformer for at styrke sammenhængen i leveringen af sundhedsydelser på tværs af sundhedsaktører, uden det dog er lykkedes at finde frem til en enkel opskrift på succes. I en nyligt udgivet forskningsoversigt identificeres fire typer af økonomiske incitament (betaling for koordinering, kvalitetsafregning, pakkebetaling og gevinstdeling), der er forsøgt anvendt til at forbedre sam-

menhæng på tværs af sundhedsvæsenet (Yordanov mfl., 2024). I det følgende præsenteres essensen af de fire incitamentstyper og derefter den foreliggende evidens for deres virkning på omkostningseffektivitet.

*Betaling for koordinering (engelsk: pay for coordination)* er den mest simple form for økonomisk incitament. Det indebærer, at sundhedsaktørerne modtager særskilt betaling for at varetage en koordinerende rolle i tillæg til eksisterende betaling for behandling. Det kunne for eksempel være en betaling, der gives for at tilskynde, at agenten tager sig tid til at koordinere en patients behandling med andre agenter i sundhedsvæsenet. Betalingen kan i princippet gives for hver gang opgaven udføres eller som en årlig fast betaling, som sundhedsaktørerne efterfølgende er ansvarlige for at udføre. Hvorvidt betalingen gøres betinget af udførelsen af en aktivitet, har forventeligt betydning for incitamentets styrke.

*Kvalitetsafregning (engelsk: pay for performance)* er en måde at tilskynde sundhedsaktører til at levere bedre behandlingskvalitet enten som betaling for strukturer, aktiviteter (processer) eller resultater. Som tilskyndelse til at levere bedre sammenhæng skal de aktiviteter eller resultater, der belønnes, have en tydelig relation til sammenhæng. For eksempel kan der gives belønning for sundhedsaktørernes opfølgning af patienter udskrevet fra sygehuset (aktivitet) eller som belønning, hvis forebyggelige indlæggelser reduceres (resultater).

*Pakkebetaling (engelsk: bundled payments)* er, som navnet antyder, en samlet betaling for flere ydelser med det formål at tilskynde til mindre fragmenterede behandlingsforløb. I Holland er der f.eks. pakkebetalingsordninger for behandling af patienter med visse kroniske sygdomme, hvor grupper af praktiserende læger tager klinisk og økonomisk ansvar for patientgruppen. I stedet for at betale for enkeltstående aktiviteter, f.eks. antal besøg hos lægen, hos fodterapeuten, blodprøvetagning m.v., gives lægerne i stedet en fast betaling for ydelser relateret til alle behandlinger af den specifikke kroniske sygdom i en fastlagt tidsperiode uanset deres faktiske forbrug af enkeltydelser på tværs af primærsektoren.

*Gevinstdeling (engelsk: shared savings)* er en afregningsordning, hvor en eller flere sundhedsaktører har ansvar for en populations samlede forbrug af sundhedsydelser på tværs af sektorer. Et centralt første trin er, at en tredjepartsbetaler fastsætter det forventede budget for populationens totale forbrug af sundhedsydelser. Hvis behandlingen kan leveres til lavere omkostninger end forventet, beholder sundhedsaktørerne en del af denne besparelse, såfremt besparelsen er større end en forudbestemt minimumsgrænse, som skal sikre at tilfældige udsving i forbruget ikke belønnes eller straffes. Gevinstdeling tilskynder således til at dække befolkningens behov i overensstemmelse med LEON-princippet for den samlede behandling på tværs af sundhedsaktører. I såkaldte to-sidede gevinstdelingskontrakter skal sundhedsaktørerne dække eventuelle omkostningerne, hvis de samlede behandlingsomkostninger er hø-

jere end forventet. Fælles for både pakkebetaling og gevinstdeling er, at de kan tilskynde til at reducere behandlingsomkostninger, og derfor peger teorien og praksiserfaringerne på vigtigheden af kvalitetsovervågning eller indførelse af direkte økonomiske incitamentter til at sikre kvaliteten, så denne ikke nedprioriteres i bestræbelser på at reducere omkostninger.

I vores litteraturgennemgang fandt vi kun få studier, som i stærke forskningsdesign (lodtrækningsstudier og difference-in-differences studier) undersøgte virkningen af de fire incitamentstyper. Disse studier inkluderede forskellige typer af outcomes, som dækkede både omkostninger og behandlingskvalitet (f.eks. mortalitet, genindlæggelser mv.). Baseret på den foreliggende viden kan der sammenfattende drages tre konklusioner: 1) Der er få studier af virkningen af både betaling for koordinering og kvalitetsafregning for bedre sammenhæng. Fra den bredere litteratur om kvalitetsafregning i sundhedsvæsenet ved vi dog, at måden, kvalitetsafregning udformes og implementeres på, kan have betydning for virkningen af afregningsformen (Eijkenaar mfl., 2013), og at kvalitetsafregning ofte i praksis ikke virker efter hensigten (Jia mfl., 2021). 2) Erfaringerne med pakkebetaling i Holland er blandede. Tidlige studier så lovende ud, men et longitudinelt studie, der ser på omkostningseffekter over en længere årrække, fandt højere omkostninger ved behandling af patienter, der blev afregnet ved pakkebetaling, især uden for primærsektoren, mens effekten på behandlingskvaliteten er ukendt. Fra USA findes eksempler på at pakkebetalinger, hvor sygehuset gøres ansvarligt for behandling, efter patienten er udskrevet, kan reducere de samlede behandlingsomkostninger. 3) Der findes en del evalueringer af gevinstdeling, der muliggør tolkning om årsag og virkning, fra både det offentlige Medicare og private sundhedsforsikringselskaber i USA. Disse amerikanske evalueringer viser, at gevinstdeling i samspil med kvalitetsafregning kan dæmpe sundhedsudgifterne og samtidigt opretholde behandlingskvaliteten. Fra Holland er der et nyligt udgivet studie, der tyder på en reduktion i de samlede behandlingsomkostninger på tværs af sektorer. I denne gevinstdelingsmodel var den alene rettet mod almen praksis for her at give incitament til en forebyggende indsats (Hayen mfl., 2021).

Selvom det er sparsomt med stærk evidens for effekten af tværsektorielle økonomiske incitamentter, peger den foreliggende viden på, at visse typer af økonomiske incitamentter har potentiale til at forbedre sammenhæng i patientforløb. Der foreligger stærkest evidens (vurderet på antal studier og evalueringdesign) for potentialet ved gevinstdeling, men andre økonomiske incitamentter har også vist positive tendenser. Dette betyder dog ikke nødvendigvis, at dette potentiale uden videre kan realiseres i det danske sundhedsvæsen, hvis opbygning og finansiering i høj grad afviger fra både det amerikanske og hollandske sundhedsvæsen. Vi forsøger derfor i det følgende at illustrere, hvordan incitamentstyperne kunne finde anvendelse i en dansk kontekst.

## Overvejelser om brugen af økonomiske incitamenter til at styrke sammenhæng i det danske sundhedsvæsen

Med afsæt i viden om økonomiske incitamenter til at understøtte tværsektoriel sammenhæng, og behovet for at skabe bedre sammenhæng på tværs af sektorer i Danmark, diskuterer vi i det følgende, hvordan sådanne økonomiske incitamenter vil kunne bringes i spil i en dansk kontekst. Til det formål er det afgørende, at det økonomiske incitament motiverer agenterne (sundhedsaktørerne) til at indfri principalens (tredjepartsbetalers) målsætninger. I tabel 1 listes tre overordnede målsætninger, som optager en tredjepartsbetaler (som f.eks. regioner og kommuner): høj behandlingskvalitet, lave behandlings- og transaktionsomkostninger samt lave risici for tredjepartsbetaler. Flere af målsætningerne gælder både adfærd for den enkelte sundhedsaktør og på tværs af sundhedsaktører. Denne tilføjelse er vigtig grundet det danske sundhedsvæsens grundlæggende organisering, hvor flere aktører bidrager til behandlingen, uden at én enkelt aktør har det tværgående ansvar. En enkelt incitamentstype kan næppe opfylde alle målsætninger på en gang, men tabellen illustrerer, hvilke hensyn en tredjepartsbetaler må afveje ved indførelse af økonomiske incitamenter, og som derfor også bør ses i forhold til de tilskyndelser, de eksisterende afregningsformer giver.

Som det senest er dokumenteret af Sundhedsstrukturkommissionen (2024b), er et hovedproblem med de eksisterende økonomiske incitamenter i det danske sundhedsvæsen, at de kan give anledning til silotænkning, hvilket kan forhindre et vellykket behandlingsforløb, da et sådant typisk er et produkt af sundhedsaktørernes fælles handlinger. Nogle sundhedsaktører er således i udgangspunktet økonomisk tilskyndet til enten at øge eget aktivitetsniveau (f.eks. pga. ydelseshonorering) eller reducere eget aktivitetsniveau (f.eks. pga. rammebudgetter) uden at tage hensyn til, hvordan denne adfærd påvirker det samlede patientforløb og ressourceforbruget i den øvrige dele af sundhedsvæsenet. Det kan betyde, at samfundet går glip af effektiviseringspotentialer, herunder øget brug af behandling i patientens eget hjem, forebyggelse af unødige indlæggelser eller bedre koordinerede forløb, til dels på grund af den måde, sundhedsvæsenets ydelser afregnes på. Styrken af disse økonomiske tilskyndelser afhænger af sammenhængen mellem den enkelte sundhedsaktørs handlinger og indtjening. For eksempel har privat praktiserende læger et stærkt økonomisk incitament til at levere ydelser, da de derved genererer egen indtjening. Personalet på sygehuse, som opererer med et rammebudget, har derimod et svagere økonomisk incitament, da deres personlige indtjening ikke direkte påvirkes af deres aktivitet.

➤➤ Som det senest er dokumenteret af Sundhedsstrukturkommissionen (2024b), er et hovedproblem med de eksisterende økonomiske incitamenter i det danske sundhedsvæsen, at de kan give anledning til silotænkning, hvilket kan forhindre et vellykket behandlingsforløb

For dels at illustrere nuværende uhensigtsmæssige økonomiske incitamenter og dels belyse, hvordan økonomiske incitamenter potentielt vil kunne bruges til at skabe bedre sammenhæng på tværs af sundhedsaktører, illustrerer vi i det følgende med to eksempler fra et baggrundsnotat til Sundhedsstrukturkommissionens rapport (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024a), som gennemgik potentialet i en række konkrete omstillingstiltag relateret til bedre sammenhæng.

Eksempel 1: ”Bedre integrerede behandlingsforløb” er et tiltag, som potentielt kan skabe bedre sammenhæng på tværs af sektorer. Inspirationen bygger blandt andet på den svenske ”Hälsostaden”, hvor kommunale sundheds- og plejeindsatser samt sygehus og almen praksis er organiseret sammen, og hvor almen praksis er givet større ansvar for koordinering af forløb samt lægedækning i weekender og om aftenen (som aflastning af akutmodtagelser og ambulatorier). I analysen blev dette tiltag opgjort til at have en forventet årlig nettogevinst på 700-1.400 millioner kroner. Estimatet byggede på en forventning om, at bedre integrerede forløb kunne reducere indlæggelser og akutte ophold på sygehuset med 5-10 pct. blandt ældre over 65 år (BCG i Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024a).

Eksempel 2: Hjemmeindlæggelser beskrives som et tiltag til at skabe bedre sammenhængen på tværs af primær- og sekundærsektoren. Her tænkes for eksempel på intravenøs (IV) behandling med antibiotika, hvor patienter, som ellers ville have optaget en sygehusseng, ”indlægges” hjemme med videokonsultationer og selv- og fjernmonitorering. eHospitalet i Region Sjælland er et eksempel herpå. I rapporten vurderes hjemmeindlæggelser at have et betydeligt gevinstpotentiale med en forventet årlig nettogevinst på 300-800 millioner kroner. I beregningen forudsættes det, at 10-18 pct. af alle indlæggelser kan konverteres til hjemmeindlæggelser, og at der ved en hjemmeindlæggelse spares 10-15 pct. i sammenligning med en almindelig sygehusindlæggelse (BCG i Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024a).

Uagtet at de konkrete potentialeberegninger bygger på en række forudsætninger, der nok kan diskuteres, er de gode eksempler på områder, hvor det ofte fremføres, at den eksisterende organisering af det danske sundhedsvæsen står i vejen for en mere sammenhængende indsats. De to eksempler har det til fælles, at manglende internalisering af tværsektorielle gevinster i nogle tilfælde medfører et unødigt højt ressourceforbrug og ulemper for patienten sammenlignet med en situation, hvor indsatsen på tværs af sektorer var bedre koordineret. Et bedre design af økonomiske incitamenter skal således understøtte – eller i det mindste ikke stå i vejen for – at behandlingen bliver leveret i overensstemmelse med tredjepartsbetalerens målsætninger (jf. tabel 1).

I beregningen af potentielle samfundsøkonomiske gevinster i ovenstående eksempler inddrages ikke de økonomiske incitamenter til at skabe bedre sammenhæng, vi gennemgik i forrige afsnit, og som potentielt kan skabe yderligere gevinster. Hvordan incitamentstyperne kan anvendes til at understøtte



koordineret og omkostningseffektiv behandling af høj kvalitet, afhænger af, hvor barriererne for en mere sammenhængende indsats findes.

Hvis man, som i eksempel 1, ønsker at give almen praksis en mere koordinerende rolle, kunne en åbenbar løsning være at betale selvstændigt for koordineringsindsatsen, som var den første og simpleste incitamentstype, vi beskrev ovenfor. Dette ville fokusere på, at få den praktiserende læge til at påtage sig rollen som forløbskoordinator, f.eks. ved at betale for interaktioner med andre aktører, der har til hensigt at skabe bedre sammenhæng.

Et alternativ er kvalitetsbetaling. Vi har tidligere (Yordanov mfl., 2024) identificeret et internationalt eksempel på kvalitetsafregning designet til at tilskynde praktiserende læger til at sikre bedre sammenhæng ved at forsøge at reducere akutte sygehusindlæggelser. Denne afregningsmodel indeholdt både en proces- og en resultatindikator relateret til akutte indlæggelser. Med procesindikatoren belønnedes almen praksis for, i hvor høj grad de gennemførte en opfølgingskonsultation, inden for 30 dage efter en patient var udskrevet fra sygehuset. Sideløbende belønnede resultatindikatoren en lavere andel af indlæggelser og indlæggelsesdage per almen praksis i forhold til et lokalt sat benchmark (Claffey mfl., 2012). Denne form for resultataflønning kan således potentielt opfylde betalers målsætninger om at sikre en bedre behandlingskvalitet på tværs af sundhedsaktører og lavere behandlingsomkostninger (under antagelse af at kvalitetsaflønningen i almen praksis ikke overstiger besparelserne i sygehusvæsenet). Tredjepartsbetalers målsætning om at reducere risici kan dog udfordres, fordi det ved denne afregningsform, for det første, er svært at forudse, hvordan sundhedsaktørerne præsterer, hvilket skaber budgetusikkerhed for betaleren i de situationer, hvor der ikke sættes et afregningsloft, hvilket igen kan virke demotiverende for sundhedsaktøren. For det andet kan tredjepartsbetaler opleve modstand fra sundhedsaktørerne, da deres aflønning afhænger af patienters kompliance og helbredsforhold. Denne afhængighed kan til en vis grad imødegås ved at risikojustere præstationskravene ud fra patientkarakteristika (Oxholm mfl., 2021).

I eksempel 2 om hjemmeindlæggelser, hvor den ønskede aktivitet er kendt, er en oplagt løsning, at der aftales en ydeshonoreringstakst, som sikrer, at den udførende part kompenseres for omkostninger forbundet med hjemmeindlæggelse, f.eks. besøg af hjemmesygeplejerske. Hvis man derimod i højere grad anskuer problemstillingen som en fælles opgave, er en alternativ løsning at give sundhedsaktørerne en fælles økonomisk interesse i at løse opgaven på det laveste effektive omkostningsniveau, hvilket en tredjepartsbetaler kan tilskynde til via en gevinstdelingsordning med tilknyttede kvalitetskrav. Her ville betaleren først lægge et forventet budget for en patientpopulation samt beslutte en minimumsbesparelse, som sundhedsaktørerne skal opnå, før de får del i besparelsen. Hvis de herefter i fællesskab organiserer og leverer behandlingen mere omkostningseffektivt og lever op til specifikke kvalitetsmål, kan aktørerne beholde en andel af gevinsten. Det er klart, at transaktionsomkostningerne (fremhævet i tabel 1) ved gevinstdelingsmodellen vil være højere

end ved en simpel takst til at tilskynde en bestemt aktivitet. Omvendt er en stor fordel ved gevinstdeling, at tredjepartsbetaleren ikke på forhånd fastsætter, hvilke specifikke aktiviteter der skal sættes i værk, men derimod overlader opgaven med at identificere effektiviseringspotentialer til sundhedsaktørerne, som forventeligt har størst indsigt i, hvordan kvaliteten kan forberedes, og besparelser kan opnås. Med denne begrundelse in mente kunne gevinstdeling derfor også være relevant som tilskyndelse i eksempel 1. En udfordring ved gevinstdeling er, at det kan være vanskeligt at opnå enighed mellem sundhedsaktører og tredjepartsbetaler om det forventede budget samt kvalitetskrav. Her kan risikojustering i forhold til patientkarakteristika også spille en vigtig rolle. Endelig kan det være en udfordring, hvordan man på tilstrækkelig vis målpfølger (stiller kvalitetskrav) og tilskynder til indsatser, der først fører til besparelser i fremtiden (f.eks. forebyggelse af langtidskomplikationer af kronisk sygdom).

Tabel 1: Tredjepartsbetalers målsætninger som et økonomisk incitament skal understøtte

| Tredjepartsbetalers målsætninger  |
|---|
| <b>Høj behandlingskvalitet</b>  |
| Understøtte klinisk kvalitet hos den enkelte sundhedsaktør og på tværs af aktører                 |
| Understøtte patientoplevels kvalitet hos den enkelte sundhedsaktør og på tværs af aktører         |
| <b>Lave behandlingsomkostninger</b>   |
| Reducere kortsigtede behandlingsomkostninger hos den enkelte sundhedsaktør og på tværs af aktører |
| Reducere langsigtede behandlingsomkostninger hos den enkelte sundhedsaktør og på tværs af aktører |
| <b>Lave transaktionsomkostninger</b>  |
| Få registreringskrav for sundhedsaktøren  |
| Høj gennemskuelse ved afregning for sundhedsaktøren   |
| Lave driftsomkostninger for tredjepartsbetaler  |
| Lav risiko for at sundhedsaktøren gamer   |
| <b>Lave risici</b>  |
| Budgetsikkerhed for tredjepartsbetaler  |
| Opfylder deltagelsesbetingelser (buy-in fra sundhedsaktørerne)                                    |

## Implementeringsovervejelser, når økonomiske incitamenter skal virke på tværs i praksis

Én nøglelæring fra litteraturgennemgangen er, at vellykket implementering af tværsektorielle økonomiske incitamenter typisk forudsætter understøttende infrastruktur, herunder IT-udstyr og -systemer, kommunikationskanaler, informationsdeling, organisatoriske forandringer (f.eks. arbejdsgange), træning og kliniske og administrative retningslinjer (Yordanov mfl., 2024). For eksempel vil et fælles elektronisk patientjournalssystem på tværs af aktører kunne

hjælpe udbydere med at overvåge aktiviteter og resultater, ligesom det muliggør at dele data inden for og på tværs af udbydere. En sådan infrastruktur kan også have positive virkninger på sammenhængen på tværs af sundhedsaktører uafhængigt af det økonomiske incitament (Lindenauer mfl., 2007). Ifølge litteraturen tyder det på, at kravene til understøttende infrastruktur afhænger af incitamentstypen. For eksempel vil det typisk kræve mere implementeringsarbejde af et sundhedssystem at indføre gevinstdeling på tværs af sundhedsaktører end betaling for koordinering af en enkelt aktør.

Andre læringspointer fra vores litteraturgennemgang om økonomiske incitamenter er, at det tager tid, før effektiviteten af de tværsektorielle økonomiske incitamenter indfinder sig. Derfor er tidlige ugunstige resultater muligvis ikke repræsentative for incitamentets potentiale, hvilket taler for, at der foretages langsigtede evalueringer for at kunne vurdere virkningen af incitamentene. Fra en undersøgelse af gevinstdeling i USA fandt forskerne også, at de bedste resultater blev opnået hos de aktører, som byggede på et samarbejde, fra før incitamentet blev implementeret (D'Aunno mfl., 2018). I en dansk kontekst skal det med hensyn til overførbare fundene fra den eksisterende litteratur ligeledes overvejes, om sundhedsaktørerne (f.eks. hospitaler, almen praksis og kommuner) reagerer på samme vis på de tværsektorielle økonomiske incitamenter, alt efter om de er for-profit eller non-profit. En yderligere overvejelse er, at et tværsektorielt økonomisk incitament skal virke i et dansk sundhedsvæsen, som er kendetegnet ved organisatorisk kompleksitet. Det danske sundhedsvæsen spænder således over både private og offentlige aktører, der varierer i størrelse – fra enkeltmandsvirksomheder til organisationer med flere tusinde ansatte – og som varetager smalle og brede opgaveporteføljer.

En sidste vigtig læring fra litteraturen, som vi ønsker at fremhæve, er, at et tværsektorielt økonomisk incitament skal være let at forstå og implementere for, at sundhedsaktørerne responderer som intenderet. Dette betyder, at en effektiv kommunikationsstrategi bør være på plads og dække perioden, fra før implementeringen påbegyndes, og fortsætte herefter. Selve opgaven med at designe et økonomisk incitament kan med fordel tage udgangspunkt i eksisterende beslutningsrammer, som skitserer overordnede udviklingstrin om bl.a., hvilke mål tredjepartsbetaleren har med incitamentet, og hvordan det kan måles i praksis (se f.eks. Custers mfl., 2008; Van Herck mfl., 2011).

### **Økonomiske incitamenter i relation til tredjepartsbetalers målsætninger og organisatorisk integration**

Betaling for koordinering, kvalitetsafregning, pakkebetaling og gevinstdeling har alle i varierende grad vist positive takter med hensyn til at understøtte tredjepartsbetalers (principalers) målsætninger om at sikre en høj behandlingskvalitet og lave behandlings- og transaktionsomkostninger. Gevinstdeling virker umiddelbart lovende, da de positive takter er baseret på det største antal evalueringer, der kan tolkes kausalt. Det skal her nævnes, at den eksisterende evidens for samtlige incitamentstyper er begrænset både i omfang

og evalueringsdesign (dvs. om det giver mulighed for at drage slutninger om årsag og virkning) og ventes også i nogen grad at være kontekstafhængig. Ved brug af disse incitamenter er det derfor vigtigt løbende at evaluere deres virkning i relation til tredjepartsbetalers målsætninger. Da evidensen er beskedent, ville det være ideelt at gennemføre forsøg med stærke evalueringsdesign (f.eks. lodtrækningsstudier eller difference-in-differences designs) inden national implementering.

I denne artikel giver vi en række overvejelser i forhold til at skabe økonomiske incitamenter, som understøtter sammenhæng på tværs af sundhedsaktører i det danske sundhedsvæsen. Sammenfattende er hovedproblemet med de eksisterende økonomiske incitamenter i det danske sundhedsvæsen, at de giver anledning til silotænkning blandt de enkelte sundhedsaktører. Sundhedsaktørerne er således ikke økonomisk tilskyndet til at tænke på, hvordan deres adfærd påvirker det samlede patientforløb og konsekvenserne for øvrige dele af sundhedsvæsenet. Vi argumenterer for, at de i litteraturen identificerede tværsektorielle økonomiske incitamenter kan bidrage til at adressere silotænkning. Valg af incitamentstype afhænger dog af, hvilket sammenhængsproblem som søges løst. Det er også tydeligt, at incitamentstyperne ikke nødvendigvis kan opfylde alle tredjepartsbetalerens målsætninger. Særligt skal tredjepartsbetaleren være opmærksom på risici i forhold til sundhedsaktørernes opbakning til incitamenterne og herunder også medarbejdertrivsel, som er afgørende for at kunne tiltrække og fastholde sundhedspersonale i fremtiden og dermed sikre en høj behandlingskvalitet. Adgang til data og IT-infrastruktur er tilsvarende vigtig for at understøtte, at økonomiske incitamenter kan virke inden for og på tværs af sundhedsaktører.

Det er vigtigt i forbindelse med opfyldelse af en tredjepartsbetaleres målsætninger at nævne, at sundhedsaktører også er drevet af andet end økonomisk motivation, herunder bl.a. interesse i sit fagfælleomdømme, at forfølge faglige interesser og at gøre det godt for den enkelte patient eller samfundet som helhed (Yordanov mfl., 2023; Olivella og Siciliani, 2017). Betydningen af forskellige motivationer for den måde, sundhedsydelser leveres på, bekræftes i ny forskning baseret på danske praktiserende læger, som blandt andet viser, at læger, som udtrykker mere motivation for at gøre det godt for samfundet, i højere grad udskriver medicin i overensstemmelse med de kliniske retningslinjer (Oxholm mfl., 2024; Jensen og Andersen, 2015). Introduktion af andre ikke-økonomiske incitamenter (f.eks. kliniske retningslinjer) kan potentielt også være virksomt i forhold til at understøtte bedre sammenhæng på tværs af sundhedsaktører, men der er behov for mere evidens.

Til sidst er det vigtigt at fremhæve, at en løsning på sammenhængsproblemer også kan være af organisatorisk karakter. Regeringens reformudspil indeholdende forslag om oprettelsen af 17 sundhedsråd repræsenterer det seneste sundhedspolitiske forslag til en brobyggende forvaltningsmodel, som skal give organisatorisk, politisk og ledelsesmæssige integration. Integration i en fælles organisatorisk enhed kan understøtte fælles målsætninger og fælles

ledelse, som modvirker sundhedsaktørernes kassetænkning. Vi anfører her, at tættere integration ikke nødvendigvis løser alle sammenhængsproblemer alene, da der inden for en organisation også kan opstå interne koordinationsproblemer (Machta mfl., 2019; Mason mfl., 2015). Et eksempel kunne være et hospital, hvor nogle afdelinger søger at forbedre deres egne økonomiske nøgletal, f.eks. ved at frasige sig specifikke indsatser, på bekostning af andre afdelingers nøgletal, som er nødsaget til at gennemføre indsatserne. Økonomiske incitament er kan da være et relevant supplement eller alternativ til organisatorisk integration, og vi mener derfor fortsat, det er vigtigt også at overveje og gerne evaluere økonomiske incitament er, som ikke kræver organisatorisk integration, men som kan fremme bedre sammenhæng i det danske sundhedsvæsen.

## Taksigelse

Tak til Novo Nordisk Fonden (NNF22OC0077474) for bevillingen til projekt INCIDIA: Incitament er og sammenhængende type 2 diabetesforløb

## Referencer

- Baxter, S., M. Johnson, D. Chambers, A. Sutton, E. Goyder og A. Booth (2018), "The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence", *BMC Health Serv Res*, 18, 350.
- Bech, M. og J. Kjellberg (2022), "Økonomiske incitament er afgørende for succes", *Tidskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, 98, 1-13.
- Claffey, T. F., J. V. Agostini, E. N. Collet, L. Reisman og R. Krakauer (2012), "Payer-provider collaboration in accountable care reduced use and improved quality in Maine Medicare Advantage plan", *Health Aff (Millwood)*, 31, 2074-83.
- Custers, T., J. Hurley, N. S. Klazinga og A. D. Brown (2008), "Selecting effective incentive structures in health care: A decision framework to support health care purchasers in finding the right incentives to drive performance", *BMC Health Serv Res*, 8, 66.
- D'anno, T., L. Broffman, M. Sparer og S. R. Kumar (2018), "Factors That Distinguish High-Performing Accountable Care Organizations in the Medicare Shared Savings Program", *Health Serv Res*, 53, 120-37.
- Eijkenaar, F., M. Emmert, M. Scheppach og O. Schöffski (2013), "Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews", *Health Policy*, 110, 115-30.
- Ellis, R. P. og T. G. McGuire (1986), "Provider behavior under prospective reimbursement: Cost sharing and supply", *Journal of Health Economics*, 5, 129-51.
- Esteve, M., A. Van Witteloostuijn og G. Boyne (2015), "The effects of public service motivation on collaborative behavior: Evidence from three experimental games", *International Public Management Journal*, 18, 171-89.
- Frey, B. S. og R. Jegen (2001), "Motivation crowding theory", *Journal of Economic Surveys*, 15, 589-611.
- Hayen, A., M. J. Van Den Berg, J. N. Struijs og G. P. Westert (2021), "Dutch shared savings program targeted at primary care: Reduced expenditures in its first year", *Health Policy*, 125, 489-94.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2024a), "Sundhedsstrukturkommissionens bilagsrapport: Analyser og ekspertbidrag", København.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2024b), "Sundhedsstrukturkommissionens rapport: Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen", København.
- Indenrigsministeriet (1985), "Samordning i sundhedsvæsenet: Betænkning fra det af Indenrigsministeren nedsatte Samordningsudvalg for sundhedsvæsenet".
- Jensen, U. T. og L. B. Andersen (2015), "Public service motivation, user orientation, and prescription behaviour: Doing good for society or for the individual user?", *Public Administration*, 93, 753-68.
- Jia, L., Q. Meng, A. Scott, B. Yuan og L. Zhang (2021), "Payment methods for healthcare providers working in outpatient healthcare settings", *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Lindenauer, P. K., D. Remus, S. Roman, M. B. Rothberg, E.M. Benjamin, A. Ma, A. og D. W. Bratzler (2007), "Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement", *N Engl J Med*, 356, 486-96.
- Machta, R. M., K. A. Maurer, D. J. Jones, M. F. Furukawa og E. C. Rich (2019), "A systematic review of vertical integration and quality of care, efficiency, and patient-centered outcomes", *Health Care Manage Rev*, 44, 159-73.

- Mason, A., M. Goddard, H. Weatherly og M. Chalkley (2015), "Integrating funds for health and social care: an evidence review", *J Health Serv Res Policy*, 20, 177-88.
- Mooney, G. og M. Ryan (1993), "Agency in health care: getting beyond first principles", *Journal of Health Economics*, 12, 125-35.
- Olivella, P. og L. Siciliani (2017), "Reputational concerns with altruistic providers", *Journal of Health Economics*, 55, 1-13.
- Oxholm, A. S., S. Di Guida og D. Gyrd-Hansen (2021), "Allocation of health care under pay for performance: Winners and losers", *Social Science & Medicine*, 278, 113939.
- Oxholm, A. S., D. Gyrd-Hansen, C. B. Jacobsen, U. T. Jensen og L. B. Pedersen (2024), "The link between physician motivation and care", *European Journal of Health Economics*, 25, 525-37.
- Perry, J. L. og L. R. Wise (1990), "The motivational bases of public service", *Public Administration Review*, 367-73.
- Prior, A., C. H. Vestergaard, P. Vedsted, S. M. Smith, L. F. Virgilsen, L. A. Rasmussen og M. Fenger-Gron (2023), "Healthcare fragmentation, multimorbidity, potentially inappropriate medication, and mortality: a Danish nationwide cohort study", *BMC Med*, 21, 305.
- Regeringen (2024), "Sundhed tæt på dig", del 1, København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Regeringen, Danske Regioner og Kl (2021), "Aftale om sammenhæng og nærhed" (sundhedsklynger).
- Scott, A., P. Sivey, D. A. Ouakrim, L. Willenberg, L. Naccarella, J. Furler, og D. Young (2011), "The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians", *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Sundheds- og Ældreministeriet (2018), "Sundheds- og Ældreøkonomisk Analyse. Kontaktmønstre på tværs af sektorer blandt befolkningen, kronikere og ældre medicinske patienter".
- Van Herck, P., L. Annemans, D. De Smedt, R. Remmen og W. Sermeus (2011), "Pay-for-performance step-by-step: introduction to the MIMIQ model", *Health Policy*, 102, 8-17.
- Yordanov, D., A. S. Oxholm, D. Gyrd-Hansen og L. B. Pedersen (2023), "Mapping GPs' motivation: it's not all about the money; a nationwide cross-sectional survey study from Denmark", *British Journal of General Practice*, 73, e687-e693.
- Yordanov, D., A. S. Oxholm, T. Prætorius og S.R. Kristensen (2024), "Financial incentives for integrated care: A scoping review and lessons for evidence-based design", *Health Policy*, 141.