

**Survival or performance?
Healthcare viewed through organizing, information
management, and personnel.**

ETLA

Healthcare trendsetting in the US

September 3, 2012

**Joel Shalowitz, M.D., MBA, FACP
Clinical Professor and Program Director
Health Industry Management
Kellogg School of Management
Northwestern University**

NORTHWESTERN UNIVERSITY



Shalowitz haluaa antaa kuulijoille kuvan siitä, mitä Yhdysvaltojen terveydenhuoltosysteemissä tapahtuu tällä hetkellä ja miten siellä ongelmia ratkotaan. Terveydenhuolto järjestetään Yhdysvalloissa hyvin eri tavalla kuin täällä.

What are the “New Trends” Select Highlights

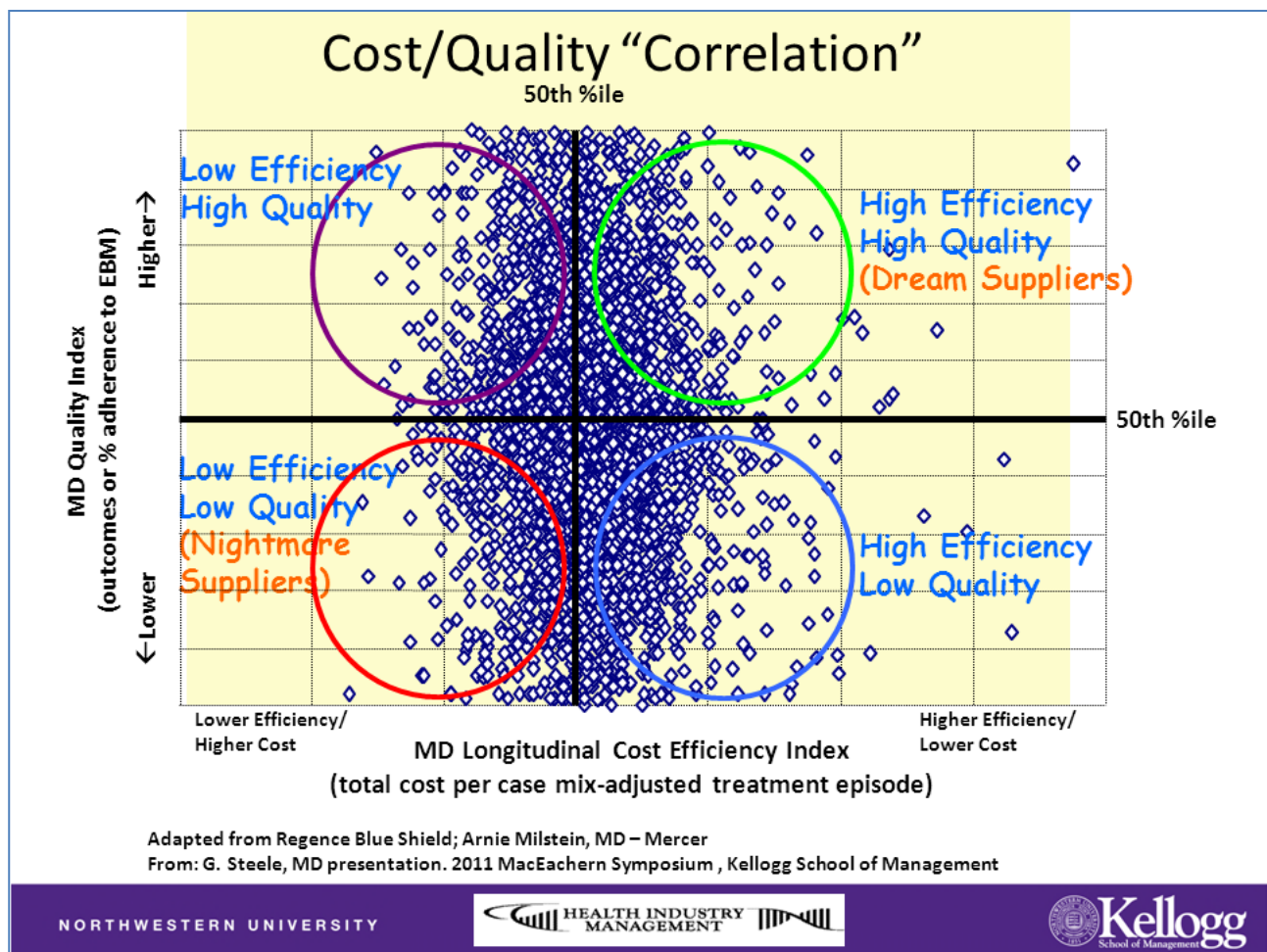
- I. Cost**
- II. Quality – (Will discuss in IV.)**
- III. Access**
- IV. Organizational issues: Focus on ACOs**

NORTHWESTERN UNIVERSITY



Mitkä ovat uusimmat trendit? Yhdysvalloissa tapahtuu koko ajan paljon, joten tähän esitykseen on valikoitu vain osa asioista.

Terveystenhoollasta puhuttaessa nousee ensin esille kompromissi kustannusten, laadun ja saatavuuden välillä. Tämä aihe itsessään vaatisi kolmen tunnin luennon. Tässä esityksessä Shalowitz ei kuitenkaan mene yksityiskohtiin, vaan puhuu lyhyesti siitä, mitä Yhdysvalloissa tapahtuu kustannusten, laadun ja saatavuuden suhteen. Hän jatkaa organisatorisilla asioilla, eli miten terveydenhuolto on järjestetty Yhdysvalloissa, kun otetaan huomioon mitä kustannusten, laadun ja saatavuuden saralla tapahtuu.



Miten löydetään ne todella tehokkaat ja laadukkaat terveydenhuollon tuottajat? Tätä ihmetellään ympäri maailman.

Ei-toivottuja tuottajia ovat alhaisen tehokkuuden ja huonolaatuiset tuottajat. Esimerkkinä tehottomista ja laadukkaista palveluntuottajista saattaisivat olla akateemiset yksiköt. Lisäksi löytyy tuottajia/ihmisiä, jotka ovat tehokkaita, mutta laatu ei ole hyvää.

Miten siis päästään tilanteeseen, jossa terveydenhuolto on sekä tehokasta että laadukasta? Miten terveydenhuolto tulisi järjestää ja miten siihen luodaan kannustimet?

I. Cost

Provider revenue [$f(\text{Price, Volume, Intensity})$] - (Expense) = Income

*****To address costs P, V and I must all be considered**

Price- Sustainable Growth Rate (SGR)-Deficit since 1997.

Still inequities in payment- cognitive versus procedural

Global versus unbundled payments

Mitä Yhdysvalloissa tapahtuu? Ensin Shalowitz puhuu kustannuksista.

Mitä kustannuksilla oikeastaan tarkoitetaan tässä? Kyse ei ole kustannuksista niin kuin ekonomistit ne ymmärtävät, eikä kirjanpitoarvosta. Tässä kustannuksella tarkoitetaan sitä rahaa, mikä maksetaan, aitoa transaktiokustannusta. Ei siis rajakustannusta eikä muuttuvia kustannuksia, vaan sitä, kun raha vaihtaa omistajaa. Kustannus on tuloa joillekin palveluntarjoajille.

Kustannus on kolmen asian funktio:

1. Palvelun hinta
2. Palvelun määrä / Volyymi
3. Intensiiteetti
 - Intensiiteetti = hoidon taso/määrä
 - Tarjoammeko kaikkein kalleinta hoitoa? Ääriesimerkkinä: Onko joku tehohoidossa, vaikka pärjäisi kotona? Käytämmekö kalleinta lääkettä, vaikka yhtä hyvä geneerinen olisi tarjolla?
 - Joissakin tapauksissa intensiiteetti on korkeamman teknologian konseptin substituutti

Palvelun hinta

1. Sustainable Growth Rate

- Yksi suurimpia ongelmia, joita lääkärit kohtaavat Yhdysvalloissa

- Balanced Budget Act
 - Lääkäripalveluiden sekä niihin liittyvien tutkimusten ja hoitojen hinnat nousevat jatkuvasti, eikä tilanne ole kestävä. Kaikkea ei ole varaa maksaa.
 - Luotiin kaava: Jos lääkäripalveluiden ja muiden oheispalveluiden hinnat nousevat määriteltä vauhtia nopeammin, maksuja lääkäreille vähennetään.

- Yhtä vuotta lukuun ottamatta hintojen kasvu on ollut nopeampaa kuin tavoitekasvuvauhti vuodesta 1997 lähtien
- Kongressi ei kuitenkaan ole toteuttanut uhkaustaan leikata maksuja lääkäreille, vaan ovat jopa lisänneet maksuja 1-3 prosentilla
- Tästä on seurannut, että alijäämä on kumuloitunut, vaikka sitä piti pienentää
 - Jos alijäämä ei pienennetä joka vuosi, se kumuloituu. Kyseessä ei siis ole vuosittainen summa, vaan kumulatiivinen alijäämä.
 - Alijäämä on kumuloitunut vuodesta 1997 lähtien ja summa on nykyään monia miljardeja.
- Jos kongressi nyt implementoisi lain, ja todella vähentäisi lääkäreiden maksuja, lääkäreiden palkkiot vähenisivät 1.1.2012 30 prosentilla. Tästä seuraisi vallankumous.
- Miksi tätä lakia ei ole kumottu, vaikka sitä ei noudateta?
 - Yksi syy on uusi terveydenhuoltolaki, "The Affordable Care Act", joka on nojaa tähän 30 % vähennykseen lääkärinpalkkioissa: summa aiotaan käyttää uuden terveydenhuolto-ohjelman rahoittamiseen.
 - Samaan aikaan todetaan, että kyseinen supistus on tarpeen jotta kyetään pelastamaan liittovaltion ohjelmat.
 - Sama summa käytetään siis kaksi kertaa
- Aihe on tällä hetkellä American Medical Associationin keskeisimpiä intressialueita. Tämä on tärkeää lääkäreille, mutta kukaan tiedä, mitä tulee tapahtumaan. Tästä huolimatta aihepiiri on maailmalla vähän tunnettu, koska sitä on niin monimutkaista selittää.

2. Toimenpideperusteinen hinnoittelu

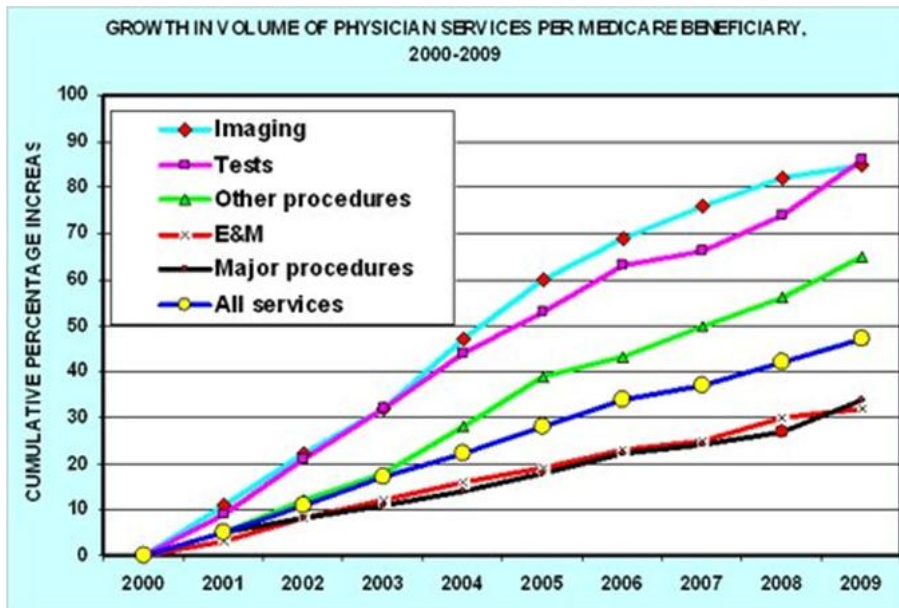
Toinen hintaan liittyvä ajankohtainen asia on toimenpiteiden määrään perustuva hinnoittelu. Palvelun hinta on hyvin erilainen lääkäreillä, jotka tekevät toimenpiteitä (esimerkiksi kirurgit) ja lääkäreillä, jotka ajattelevat työkseen. Tämä tuskin kuitenkaan muuttuu, johtuen monien erikoislääkäriryhmien vallasta.

3. Maksujen niputtaminen

Yhdysvalloissa hinnoittelu on menossa siihen suuntaan, että palveluita niputetaan ja ollaan menossa yhä enemmän globaalien maksujen suuntaan, eli yksi maksu koko hoitojaksosta.

Hintaan kuuluu kaikki tutkimukset, hoidot, lääkärikäynnit sekä mahdollinen sairaalahoito.

Kun suunnitellaan terveydenhuollon hinnan kontrollointia, täytyy muistaa huomioida kaikki kolme asiaa: hinta, volyymi ja intensiteetti. Yhteen tekijään tuijottaminen ei toimi: Ympäri maailman löytyy paljon todistusaineistoa siitä, että esimerkiksi hintojen laskeminen saa lääkärit tekemään enemmän tai nostamaan intensiteettiä – lisäämään palvelun tuotannossa käytettävää teknologiaa. Kuitenkin monet maat kontrolloivat vain hintoja. Se ei tule koskaan toimimaan.



Fees, Volume and Spending at Medicare

By Uwe E. Reinhardt

NY Times December 24, 2010 <http://economix.blogs.nytimes.com/2010/12/24/fees-volume-and-spending-at-medicare/?ref=your-money>

NORTHWESTERN UNIVERSITY



Tässä esimerkki Yhdysvaltojen tilanteesta. Kuvantaminen, laboratoriokokeet ja lääkäripalvelut ovat nousussa. Ei tarvitse olla nero, ymmärtääkseen mistä on kysymys: kaksi kolmasosaa kustannuksista tulee volyyymista ja intesiteetista, yksi kolmasosa tulee todellisista lääkäripalveluista.

Ja mihin kontrolli kohdistetaan tällä hetkellä? Lääkäripalveluihin, ei volyyymiin eikä intensiteettiin. Miksi ei panosteta volyymin ja intensiteetin hallintaan? Syyt ovat poliittisia. Jos volyyymia kontrolloidaan, se tarkoittaa säännöstelyä. Ja säännöstelyssä on hyvin ikävä kaiku, etenkin vaalivuotena. Intensiteetin kontrollointi taas tarkoittaisi teknologian kontrollointia. Yhdysvalloissa ei ole kansallista "teknologianarviointielintä", toisin kuin enemmistössä muista maista on, etenkin Euroopassa. Tämän seurauksena Yhdysvalloissa kontrolloidaan vain hintaa, eikä se tule koskaan toimimaan.

Näin olemme käsitelleet hinnan.

$\$ = f(\text{Price, Volume, Intensity})$

According to the CBO, since 1997, the increase in spending for services paid under the physician fee schedule has increased an average of 6.5% per year. Fee increases accounted for 2% and volume and intensity accounted for 4.5%.

The “CBO estimates that the decline in payment rates will be slightly more than offset by increases in enrollment and growth in the volume and intensity of services being delivered...Considerable evidence exists that a reduction in payment rates leads physicians to increase the volume and intensity of services they perform.”

Source: Donald B. Marron, Acting Director, CBO
Testimony before the Subcommittee on Health, Committee on Energy and Commerce
July 25, 2006

NORTHWESTERN UNIVERSITY



Provider revenue [f (Price, Volume, Intensity)] - (Expense)= Income

Volume- Increases due to funding of uninsured and baby boomers

Mitä volyymille on tapahtunut Yhdysvalloissa? Volyymi on pienentynyt muutaman viime vuoden aikana taloudellisen tilanteen takia. Ihmiset eivät käy palveluntarjoajien luona. Mutta suunta on hiljalleen muuttumassa. Kun terveydenhuoltolaki tulee voimaan vuonna 2014 - olettaen, että Obama valitaan uudelleen ja lisäksi, että kongressissa on ainakin kohtuullisesti demokraatteja - terveydenhuollon piiriin tulee paljon uusia ihmisiä. Kyse on miljoonista ihmisistä, ehkä 40 miljoonasta. Volyymi kasvaa huomasti. Tästä syntyy ongelmia, joihin palataan hieman myöhemmin.

Provider revenue $[f(\text{Price, Volume, Intensity})] - (\text{Expense}) = \text{Income}$

Intensity-

Increasing:

Billing for injectables is still rising . “Buy and bill” is not sustainable.

Increasing intensity of services- For example: anesthesia with colonoscopy

Decreasing:

Generics

NORTHWESTERN UNIVERSITY



Entä intensiteetti? Toiset asiat nostavat intensiteettiä ja toiset laskevat sitä. Intensiteettiä nostavat mm. injektio-lääkkeet, kemoterapia tai elimistön puolustustoimintaa muokkaavat lääkkeet. Nämä ovat todella kalliita lääkkeitä. Yhdysvalloissa näiden lääkkeiden maksaminen tapahtuu niin, että lääkäri ostaa lääkkeen joko jälleenmyyjältä tai lääkefirmalta, toimittaa lääkkeen potilaalle ja sen jälkeen laskuttaa maksajaa, esimerkiksi valtiota, keskimyyntihintaan lisättynä 6 %:lla. On selvää, että lääkäreillä on kannustin ostaa kalliita lääkkeitä, sillä kuusi prosenttia suuresta summasta on enemmän kuin pienemmästä summasta.

Toinen asia, mikä nostaa intensiteettiä, on teknologian käytön lisääminen. Kalliimpien lääkkeiden lisäksi käytetään kalliimpia palveluita. Esimerkiksi paksusuolen täyhystyksessä riitti aiemmin, että annettiin rauhoittavaa lääkettä ja tehtiin täyhystys. Nyt osa lääkäreistä on alkanut käyttää toimenpiteessä nukutusta, jolloin tarvitaan anestesialääkäreitä. Syynä tähän on raha. Tällaiset ilmiöt lisäävät käytetyn teknologian määrää.

Intensiteettiä puolestaan ovat laskeneet geneeriset lääkkeet. Monille lääkkeille tulee geneerisiä vaihtoehtoja. Kustannukset todella ovat laskeneet.

How Medicare's Payment Cuts For Cancer Chemotherapy Drugs Changed Patterns Of Treatment

Jacobson, M et al. *HEALTH AFFAIRS* 29, NO. 7 (2010): 1391–1399

ABSTRACT The Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act, enacted in 2003, substantially reduced payment rates for chemotherapy drugs administered on an outpatient basis starting in January 2005. We assessed how these reductions affected the likelihood and setting of chemotherapy treatment for Medicare beneficiaries with newly diagnosed lung cancer, as well as the types of agents they received. Contrary to concerns about access, we found **that the changes actually increased the likelihood that lung cancer patients received chemotherapy. The type of chemotherapy agents administered also changed. Physicians switched from dispensing the drugs that experienced the largest cuts in profitability, carboplatin and paclitaxel, to other high-margin drugs, like docetaxel.** We do not know what the effect was on cancer patients, but **these changes may have offset some of the savings projected from passage of the legislation.** The ultimate message is that payment reforms have real consequences and should be undertaken with caution.

NORTHWESTERN UNIVERSITY



Mikä on ollut lisääntyneen intensiteetin todellinen vaikutus? Health Affairs 2010 artikkelissa todetaan, että keuhkosyövän hoidossa käytetään kalliimpia kemoterapialääkkeitä halvempien vaihtoehtojen sijasta. Tässä myös arvellaan, että syynä on halu tienata enemmän. Niin kauan kun lääkkeet ovat kunnollisia, miksi lääkärit eivät käyttäisi niitä, kun samalla tienaa enemmän?

So...who pays the bills?

The new rules for insurance companies:

- States regulate premiums insurance companies can charge.
- States and the federal government (will) regulate the benefits plans must offer
- Plans must offer insurance to all (guaranteed issue)
- Individuals must have insurance or pay a penalty (is it more than buying insurance?)
- Plans have a limit on their margins after paying benefit expenses (80-85%)

Kuka maksaa laskut?

Seuraavat vakuutusyhtiöiden säännöt tulevat voimaan vuonna 2014:

1. Osavaltiot säätelevät vakuutusmaksuja.
2. Osavaltiot ja hallitus säätelevät tarjottuja etuja
3. Kaikille pitää tarjota vakuutus.
4. Vastaavasti kaikilla on oltava vakuutus
5. Suunnitelmissa on lääkärilaskujen jälkeisen voiton suuruuden rajoittaminen (pienellä yrityksellä 80 %, suurella yrityksellä 85 %)

AS A RESULT:

Expense-

For capitated/global payments: increased risk shifting, e.g., immunizations (increased costs more than yearly), and more being done outpatient so more MD responsibility.

Change to administrative contracts for business that self insure

ALSO:

No tort reform at the national level

EMR/e-Prescribing (Costs versus Bonus)

ICD 10

NORTHWESTERN UNIVERSITY



Kannattaako tähän liiketoimintaan lähteä mukaan? Tämä on vaikea asia, ja ongelmana on myös vakuutusyhtiöiden yli sadan vuoden pituinen historia. Ne eivät todennäköisesti lopeta toimintaansa.

Miten tässä kannattaa toimia? Jotkut vakuutusyhtiöt ovat alkaneet tehdä niin, että he ottavat riskin ja vakuutusmaksut, kuorivat voiton päältä ja antavat loput palveluntuottajille jättäen riskin heille. Tätä tapahtuu yhä enemmän. Vakuutusyhtiöt siis siirtävät riskiä yhä enemmän palveluntarjoajille.

Yhdysvalloissa rokotteiden hinnat nousevat useammin kuin kerran vuodessa. Rokotuksiin käytettävä budjetti on kuitenkin määrätty sopimuksella vuoden alussa. Joudutaan pelaamaan jatkuvaa hippaa vuoden aikana nopeasti nousevien kustannusten kanssa. Tämä on suuri ongelma.

Shalowitz muistuttaa myös, että vakuutusyhtiöt ovat alkaneet poistua varsinaisesta vakuutustoiminnasta. Sen sijaan ne huolehtivat suurten terveydenhuollon palveluja itse järjestävien yritysten omista terveydenhuoltovakuutusmaksuista. Se on vain eri liiketoimintaa.

Kustannusten puolelta taas on epätodennäköistä, että Yhdysvalloissa uudistetaan vahingonkorvausvelvollisuusvastuuta. Tämä johtuu siitä, että demokraattipuoluetta rahoittavat hyvin pitkälti asianajajat, jotka elävät oikeusjutuilla.

ACCESS

Access to primary care is at risk over the next decade

- **Patients are more likely to encounter problems finding a new PCP than a specialist**
 - Experience among patients seeking a new **PCP**:
 - "No problem": 79% Medicare / 69% private insurance
 - "Big problem": 12% Medicare / 19% private insurance
 - Experience among those seeking a new **specialist**:
 - "No problem": 87% Medicare / 82% privately insured
 - "Big problem": 5% Medicare / 6% privately insured
- **PCPs are less likely than specialists to accept new patients**
 - 83% of PCPs and 95% of specialists accept new Medicare patients
 - 76% of PCPs and 81% of specialists accept new private (non-capitated) patients

MEDPAC

MedPAC September 15, 2011

NORTHWESTERN UNIVERSITY



Mitä saatavuuden osalta tapahtuu? Perusterveydenhuoltoon pääsy on vaarassa seuraavan vuosikymmenen aikana. Yksi syy on siinä, ettemme kouluta tarpeeksi perusterveydenhuollon lääkäreitä. Lääkärit eivät mene perusterveydenhuoltoon, vaan erikoistuvat. Toinen ongelma liittyy uuteen terveydenhuoltolakiin, joka astuu voimaan 2014 – systeemiin tulee miljoonia uusia ihmisiä, eikä Yhdysvalloissa ole tarpeeksi lääkäreitä hoitamaan kaikkia. Eikä kukaan ole tätä miettinyt. Tähän ehdotetaan ratkaisuksi sairaanhoitajia ja lääkäriassistentteja. Se olisi kiva ratkaisu, jos kouluissa olisi kapasiteettia kouluttaa uusia sairaanhoitajia ja lääkäriassistentteja. Eli näistä ihmisistä tulee olemaan kova pula.

Bloomberg.com
August 29, 2012

Doctor Shortage May Swell to 130,000 With Cap

The residency programs to train new doctors are largely paid for by the federal government, and the number of students accepted into such programs has been capped at the same level for 15 years. Medical schools are holding back on further expansion because the number of applicants for residencies already exceeds the available positions...

The 2010 Affordable Care Act's insurance expansion takes effect at a time when the U.S. has 15,230 fewer primary-care doctors than it needs, according to an Aug. 28 assessment by the Department of Health and Human Services. The Association of American Medical Colleges predicts the shortage, including specialists, will climb to 130,000 by 2025.

NORTHWESTERN UNIVERSITY



Bloombergin raportissa kerrotaan, että lääkäripula saattaa nousta 130 000 henkilöön.

ORGANIZED (INTEGRATED) DELIVERY SYSTEM DEFINITION

A network of organizations which provides or arranges to provide a coordinated continuum of services to a defined population and is willing to be held clinically and fiscally accountable for the outcomes and health status of the population served. An ODS will own or be closely aligned with an insurance product.

Source: Shortell, et al: Remaking Healthcare in America: The Evolution of Organized Delivery Systems. 2nd Ed. Jossey-Bass©2000

NORTHWESTERN UNIVERSITY



ODS (Organized Delivery System) on organisaatioiden verkosto joka järjestää joko itse tai koordinoi verkostoa joka järjestää laajasti terveydenhuoltopalveluja määritellylle väestölle, ja joka [organisaatio] on suostuvainen myös kantamaan vastuun hoidon tuloksista ja kyseisen väestönosan terveydestä. Jokin osa organisaatiosta on lisäksi läheisesti kytköksissä jonkin tyyppiseen vakuutustuotteeseen. Eli kyse ei ole enää sairaalasta, vaan yksiköstä joka kantaa sekä terveydenhuollollisen että taloudellisen vastuun.

An ACO is a local health care organization and a related set of providers (at a minimum, primary care physicians, specialists, and hospitals) that can be held accountable for the cost and quality of care delivered to a defined population.

The goal of the ACO is to deliver coordinated and efficient care. ACOs that achieve quality and cost targets will receive some sort of financial bonus.

Care for patients across the continuum of care, in different institutional settings.

Support comprehensive, valid and reliable measurement of its performance.

Leonard Fromer, M.D., FAAFP, Executive Medical Director,
Group Practice Forum. 2011

NORTHWESTERN UNIVERSITY



Monet huomaavat Kalvon kuvauksen muistuttavan paljon ACO:ta (Accountable Care Organization). Mutta kyseessä on kuitenkin määritelmä, joka perustuu Steve Shortellin, Shalowitzin ja muiden yhteistyössä jo 1990-luvulla Kellogg:issa tekemään tutkimukseen ODS:istä, ei ACO:sta. Tämä on siis vanhaa. Ja mitä on opittu? Shalowitz haluaa painottaa, että [terveydenhuollossa] mikään ei ole koskaan todella uutta. Tässäkin on kyseessä konsepti, joka on 15-20 vuotta vanha. Tämä on vain yksi ACO:n määritelmä vuodelta 2011, jossa puhutaan laadusta ja kustannustavoitteista, hoitoketjusta ja niin edelleen; eli samoista asioista kuin ODS vuosia aiemmin.

What is old?

- **Consolidation (Vertical and horizontal integration)**
- **Continuum of care (Disease management, Care coordination, Case management)**
- **Risk-contracting and capitation (Single signature contracting for providers)**
- **Importance of Primary Care Physicians (Patient-centered medical home at the core of an ACO)**
- **Alignment of incentives**
- **Start-up costs**
- **Need for IT**

NORTHWESTERN UNIVERSITY



Mikä siis on vanhaa? Mitä on tapahtunut ennenkin?

Hospitals' Race to Employ Physicians — The Logic behind a Money-Losing Proposition

Robert Kocher, M.D., and Nikhil R. Sahni, B.S. *NEJM* 364:1790-1792, 2011

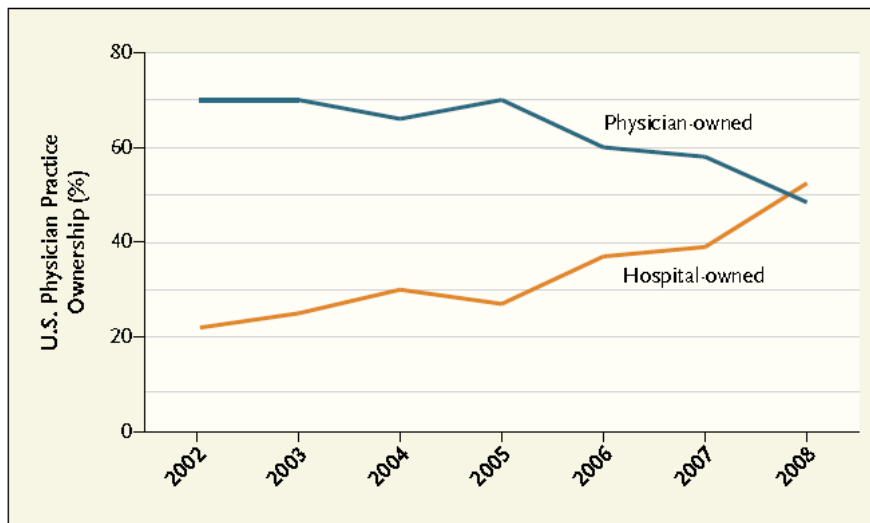


Figure 1. Percentages of U.S. Physician Practices Owned by Physicians and by Hospitals, 2002–2008.

Data are from the Physician Compensation and Production Survey, Medical Group Management Association, 2003–2009.

Päästäkseen tavoitteeseen, sairaalat ostavat lääkäreiden vastaanottoja. Sairaalat ostavat lääkäreitä ja erikoislääkäreitä. Tämä kuva voisi myös yhtä hyvin olla vuodelta 1990.

Hospitals' Race to Employ Physicians — The Logic behind a Money-Losing Proposition

Robert Kocher, M.D., and Nikhil R. Sahni, B.S. *NEJM* 364:1790-1792, 2011

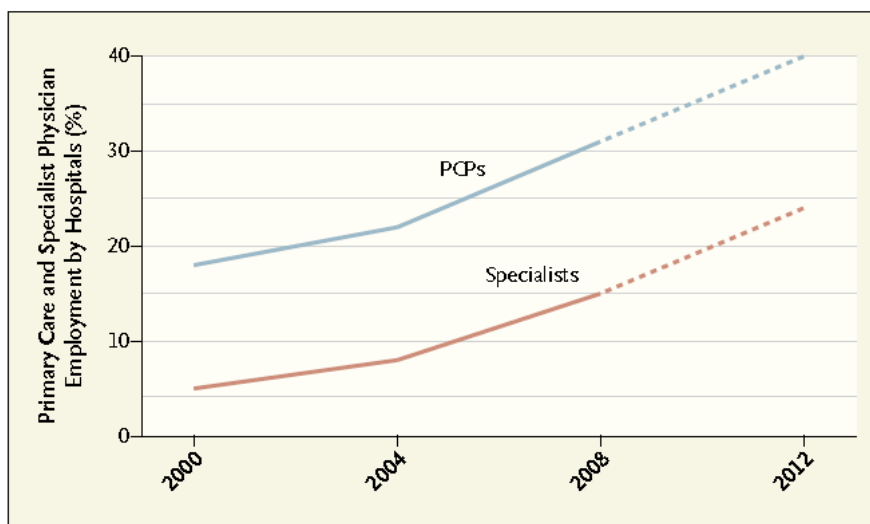


Figure 2. Percentages of Active U.S. Primary Care Physicians (PCPs) and Specialist Physicians Employed by Hospitals, 2000–2012.

Data are from the Physician Compensation and Production Survey, Medical Group Management Association, 2003–2009.

Hospitals' Race to Employ Physicians — The Logic behind a Money-Losing Proposition

Robert Kocher, M.D., and Nikhil R. Sahni, B.S. *NEJM* 364:1790-1792, 2011

Hospitals lose \$150,000 to \$250,000 per year over the first 3 years of employing a physician — owing in part to a slow ramp-up period as physicians establish themselves or transition their practices and adapt to management changes. The losses decrease by approximately 50% after 3 years but do persist thereafter...

For hospitals to break even, newly hired PCPs must generate at least 30% more visits, and new specialists 25% more referrals, than they do at the outset. After 3 years, hospitals expect to begin making money on employed physicians when they account for the value of all care, tests, and referrals.

Skeptics note that often they already capture this value from physicians without employing them, through stable referral networks and hospital practice choices. Outpatient office practices of employed physicians seldom turn a profit for hospitals...

Question: What happens when you turn an entrepreneur into an employee?

NORTHWESTERN UNIVERSITY



Sairaalat menettävät 150 000 – 250 000 dollaria vuodessa ensimmäisen kolmen vuoden ajan lääkärin palkkaamisesta. Korvatakseen tämän, lääkäreiden on oltava tehokkaampia tai tilata enemmän suoritteita: tutkimuksia ja muita oheispalveluja joilla sairaala tienaa rahaa säästämisen ja tehokkaan hoidon tarjoamisen sijaan. Tämä voi olla todella haitallista.

Tehokkuus kärsii myös toista kautta: kun yrittäjänä toimivasta lääkäristä tulee työntekijä, kokonaistyöteho kärsii.

What is “new?”

- **Patients not “locked in” as there were with HMOs; not an enrollment model**
- **More performance risk (but still insurance risk)**
- **More shared savings and bundled payments**
- **More continuum of care requirements/accountability**
- **More focus on cost reductions in flow- rather than revenue maximization**
- **Quality measurement & management/Evidence based medicine**

NORTHWESTERN UNIVERSITY



Mikä on uutta? (HMO= Health maintenance organization)

- Potilaat eivät ole sidottuina tiettyyn palveluntarjoajaan.
 - Kun potilaat voivat vapaammin valita keneltä palvelu hankitaan, palveluntarjoajan vastuun laadusta ja hoidon kustannuksista on pienennettävä, sillä kukaan ei voi olla vastuussa sellaisesta mihin ei voi vaikuttaa
 - Shalowitzin mukaan tämä on ongelma: ACO:n kohdalla potilaat voivat kuljeksia vapaasti, missä Shalowitz näkee väistämättömän reseptin epäonnistumiselle.
- Tuotantoriski kasvaa:
 - Hoidon laadun merkitys kasvaa, kyse ei ole enää pelkästä vakuutusriskistä
 - Enemmän niputettuja maksuja
 - Enemmän vaatimuksia koko hoitoketjuille (vastuu)
- Fiksut toimijat kiinnittävät enemmän huomioita kustannusten vähentämiseen kuin tulon maksimointiin
 - Kulujen minimointi parantamalla tehokkuutta ja toiminnan laatua
 - Uusi tapa ajatella liiketoimintaa
- Laadun mittaaminen ja johtaminen (Pay for performance) tulee tärkeämmäksi

Survey: Hospitals still rewarding docs for volume

J.K. Wall June 20, 2011 Indiana Business Journal

The latest physician recruitment survey from Texas-based Merritt Hawkins shows three-quarters of all physician searches include a performance bonus for the doctor. **Fewer than 10 percent of those bonuses are tied to something other than volume of procedures. Hospital leaders have done a good job talking about how they're going to work with physicians to bring down costs while improving quality. But their recruitment patterns show they're still incentivizing doctors for driving up procedure volumes.**

According to the latest physician recruitment survey from Texas-based Merritt Hawkins, three-quarters of all physician searches include a performance bonus for the doctor. Fewer than 10 percent of those bonuses are tied to something other than volume of procedures.

"Though health reform encourages the use quality or cost based compensation metrics, few search assignments Merritt Hawkins conducted in 2010/11 featured such metrics," Merritt Hawkins staff wrote in a summary of the survey. "Volume/production remains the standard."

<http://www.ibj.com/article/print?articleId=27828>

NORTHWESTERN UNIVERSITY



Entä miten lääkäreitä sitten tulisi palkita? Heitä pitäisi palkita kustannussäästöistä, laadusta ja luoda siihen sopivia kannustimia. Miten sairaalat rekrytoivat lääkäreitä ja mitä lääkäreitä he rekrytoivat? Sairaalat palkitsevat lääkäreitä yhä volyymien kasvattamisesta. Alle 10 prosenttia bonuksista maksetaan muilla perusteilla kuin toimenpiteiden tai käyntien määrällä. Vaikka on tiedossa, että lääkäreitä pitäisi palkita laadukkaasta ja tehokkaasta hoidosta, näin ei tehdä.

WHAT DIFFERENTIATES MANAGED CARE FROM FEE FOR SERVICE CARE IS FINANCIAL AND CLINICAL ACCOUNTABILITY AIDED BY ENHANCED COORDINATION OF SERVICES.

Source: Joel Shalowitz, M.D., MBA

NORTHWESTERN UNIVERSITY



A need for comprehensivists articulated

Published: April 30, 2011 at 12:00 AM

CHICAGO, April 29 (UPI) -- A new specialist -- the comprehensive care physician -- is needed to care for the seriously ill, U.S. researchers suggest.

David O. Meltzer, an associate professor of medicine and director of the University of Chicago's Center for Health and the Social Sciences, says as the number of hospitalized patients declined, primary care physicians saw their travel costs increase compared with the small number of hospitalized patients.

As fewer doctors visited patients in the hospital, it created the need for the hospitalist specialty -- a doctor hired by the hospital to coordinate care of patients while they are in the hospital.

"Since 1996, hospitalists have become the fastest-growing medical specialty in the United States, providing more than one-third of all general medical care in the United States," Meltzer wrote in a paper published by the National Bureau of Economic Research.

However, the use of hospitalists has the potential of creating communication problems because these specialists do not always know the full medical histories of their patients or their primary care physicians.

The establishment of a comprehensive care physician, or comprehensivist -- doctors who would work both in a hospital and an attached clinic and attend to those at greatest risk of hospitalization -- is the solution, Meltzer contends.

The comprehensivist concept is new to the United States, but it is similar to approaches in Canada, Britain, Australia and New Zealand, Meltzer told a conference organized by the Milton Friedman Institute at the University of Chicago.

© 2011 United Press International, Inc. All Rights Reserved.

Read more: http://www.upi.com/Health_News/2011/04/30/A-need-for-comprehensivists-articulated/UPI-99281304136048/print/#ixzz1LDs36vSC

NORTHWESTERN UNIVERSITY



Hospitalists

- Lääkäri, joka hoitaa potilasta vain sairaalassa
- Muistuttaa Englannin mallia, mutta uusi Yhdysvalloissa
- Ennen perusterveydenhuollon lääkäri hoiti omat potilaansa myös sairaalassa

Hospitalist-lääkäriä tarvitaan, koska sairaalat toimivat tehottomasti. Näytteet katoavat tai tutkimukset jäävät tekemättä, asioita ei hoideta niin kuin pitäisi. Tarvitaan henkilö, joka tuntee järjestelmän ja pystyy navigoimaan ongelmien keskellä. Hospitalist-lääkäri on siis paikkaamassa systeemin virheitä, sen sijaan että virheitä korjattaisiin.

Hospitalist-systeemi on todella lyhentänyt sairaalassaoloaikaa, mikä alentaa kustannuksia. Mutta suuri kysymys onkin: Mikä on kokonaiskustannus? Mitä tapahtuu, kun potilas lähtee sairaalasta? Kuka hoitaa potilasta seuraavilla osastoilla, palvelutaloissa, kotona? Ehkä perusterveydenhuollon lääkäri, ehkä joku muu.

Mitä todella tapahtui kokonaiskustannuksille? Ne kasvoivat. Syy tähän löytyy siitä, että laittamalla uuden henkilön keskelle hoitoketjua, ketjun koordinointi rikkoutuu. Mitä enemmän tekijöitä systeemissä on, sitä suurempi on virheen riski. Tehokkuus kasvaa, kun vaiheita/työnimikkeitä on vähemmän. Teollisuudessa tämä on huomattu kauan aikaa sitten.

David Meltzer, MD, PhD Chicagon Yliopistosta huomasi, että hospitalist-systeemi ei toimi. Hoitoa täytyy koordinoida. Sen sijaan, että hän olisi ehdottanut paluuta perusterveydenhuollon lääkäreihin ja omalääkäreihin, hän ehdotti vielä uutta henkilöä systeemiin: Comprehensivist-lääkäriä. Tämä henkilö työskentelee sekä sairaalassa että siihen liittyvillä klinikoilla. Shalowitz huomauttaa, että ennen tätä juuri kutsuttiin perusterveydenhuollon lääkäriksi. Shalowitz ihmettelee, miten tämä on ollut niin iso konsepti,

joka on saanut paljon huomiota. Yleensä Shalowitzin mielestä Meltzerin puhuu asiaa, mutta tätä kommenttia hän ihmettelee.

In Depth February 4, 2010, 5:00PM EST

Take Your Meds, Exercise—and Spend Billions

Washington wants to pump big money into so-called disease management, though there's scant evidence that it works

By the way, what is disease management doing to fragment care?

NORTHWESTERN UNIVERSITY



Uusi suuntaus on “sairauskohtainen hoito & hallinta”.

- Yritykset hoitavat ihmisiä joilla on tietyt sairaudet
- Yleisimpiä ovat sydämen toimintahäiriöt, diabetes, mahdollisesti astma

Nämä yleistyvät, vaikka todisteita niiden toimivuudesta ei juurikaan ole.

Shalowitz sanoo tämän tuovan lisää ongelmia. Taas tuodaan lisää portaita/tahoja systeemin, mikä hankaloittaa koko hoitoketjun koordinoitua.

What could go wrong?

- Patients not “locked in” as there were with HMOs
- Have we really addressed fundamental drivers of cost?
- Chronically-ill patients; still no risk adjustments as with Medicare Advantage plans
- Where will we find a sufficient number of PCPs (particularly internists)?
- Providers getting along (including distributing bonuses/savings: “Integrative and distributive” negotiation issues)
- PCPs can only join one ACO (others can join more than one)
- Self-benchmarks for bonuses (or: No good deed goes unpunished)
- Legal issues: Corporate practice laws, Antitrust

NORTHWESTERN UNIVERSITY



Mikä siis voi mennä vikaan edellä kuvatussa systeemissä?

- Potilaat voivat mennä minne vain, kuka on vastuussa?
- Olennaisia kustannustekijöitä ei ole arvioitu (esim. korkeampi teknologia)
- Vaikeimmat, kroonisesti sairaat potilaat jäävät Yliopistosairaaloille, sillä yrityksille ei makseta lisää sairaampien potilaiden hoidosta
 - Mistä löytyy tarpeeksi perusterveydenhuollon lääkäreitä? Erityisesti sisätauti/yleislääkäreitä tarvitaan.
- Miten koko hoitojakson kokonaismaksu jaetaan kaikkien osallisten kesken? (kirurgit, anestesia-lääkärit, sairaanhoitajat...)
- Perusterveydenhuollon lääkärit voivat liittyä vain yhteen organisaatioon (ACO)
- Miten laadusta voidaan palkita?

Usein maksetaan sen perusteella, millaista laatu on ollut ennen; tulevaa laatua verrataan entiseen → organisaatiot, joiden laatu on aina ollut hyvää eivät innostu, sillä laadun parantamisen mahdollisuudet ovat rajatut, kun taas heikentymisen riskit ovat huomattavat

ProvenHealth NavigatorSM (Advanced Medical Home)

- Partnership between primary care physicians and GHP that provides 360-degree, 24/7 continuum of care
- “Embedded” nurses
- Assured easy phone access
- Follow-up calls post-discharge and post-ED visit
- Telephonic monitoring/case management
- Group visits/educational services
- Personalized tools (e.g., chronic disease report cards)

Heal • Teach • Discover • Serve
© Geisinger Health System 2011

GEISINGER

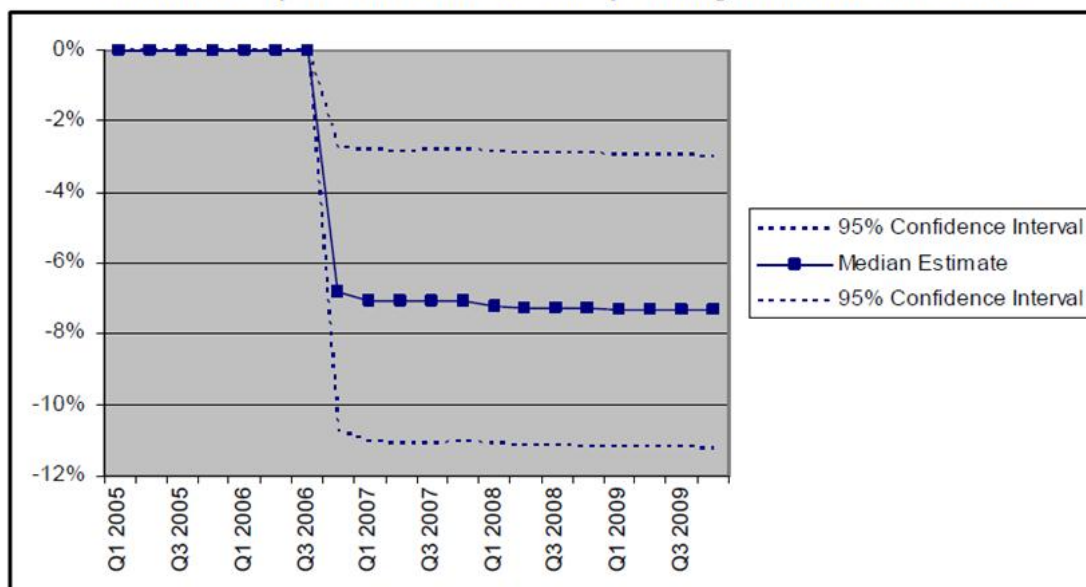
From: G. Steele, MD presentation. 2011 MacEachern Symposium , Kellogg School of Management

NORTHWESTERN UNIVERSITY



Geisinger on integroinut toimintansa hyvin. Heillä on terveystakeskuslääkäreitä, he ovat integroineet hoitoa, parantaneet kommunikaatiota ja niin edelleen. He tekivät kaikki asiat, joita Shalowitz oli puhunut.

Cumulative percent difference in spending attributable to PHN



Cumulative percent difference in spending (Pre-Rx Allowed PMPM \$) attributable to PHN in the first 21 PHN clinics for calendar years 2005-2009. Dotted lines represent 95% confidence interval. $P = < 0.003$



From: G. Steele, MD presentation. 2011 MacEachern Symposium , Kellogg School of Management

NORTHWESTERN UNIVERSITY



Mitä heidän kustannuksilleen tapahtui? Muutosten jälkeen kustannukset laskivat nopeasti. Näin hyvin toimivan organisaation ei kannata lähteä mukaan edellä kuvattuun systeemiin. Parantamisen mahdollisuudet ovat rajalliset samaan aikaan kun riski toiseen suuntaan on suurempi.

Obama Plan For Health Care Quality Dealt a Setback

Associated Press
May 12, 2011

...in an unusual rebuke, an umbrella group representing premier organizations such as the Mayo Clinic wrote the administration Wednesday saying that more than 90 percent of its members would not participate, because the rules as written are so onerous it would be nearly impossible for them to succeed.

"It's not just a simple tweak, it's a significant change that needs to be made," said Donald Fisher, president of the American Medical Group Association, which represents nearly 400 large medical groups around the country providing care for roughly 1 in 3 Americans. Its members, including the Cleveland Clinic, Intermountain Healthcare in Utah, and Geisinger Health System in Pennsylvania, had been seen as the vanguard for accountable care.

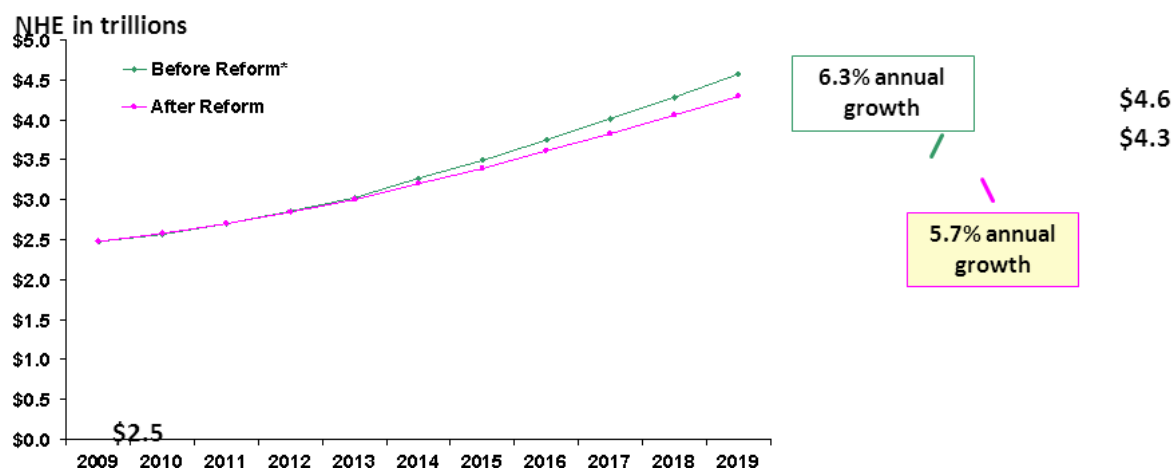
The medical groups say they are worried they will be left holding the bag for losses, that the government has designed things so there is no easy way to tell which patients are part of the program, and that there's no reliable way to adjust for patients who are sicker and require closer follow-up and more expensive treatments.

NORTHWESTERN UNIVERSITY



Ja näin myös kävi: isot, hyvin toimivat klinikat (Mayo Clinic, Cleveland Clinic, Intermountain Healthcare in Utah, Geisinger Health System...) ilmoittivat, ettei heidän kannata osallistua ohjelmaan.

Total National Health Expenditures (NHE), 2009–2019 Before and After Reform



Notes: * Estimate of pre-reform national health spending when corrected to reflect underutilization of services by previously uninsured.

Source: D. M. Cutler, K. Davis, and K. Stremikis, *The Impact of Health Reform on Health System Spending*, (Washington and New York: Center for American Progress and The Commonwealth Fund, May 2010).

From: G. Steele, MD presentation. 2011 MacEachern Symposium, Kellogg School of Management

NORTHWESTERN UNIVERSITY



Terveysterveysten kustannusten on arveltu nousevan terveydenhuollon uudistuksen jälkeen kuvan osoittamalla tavalla. Tästä näkee – tämä konsepti on ollut olemassa pitkän aikaa – että jos tehottomuudet poistetaan systeemistä, hoitokustannukset laskevat, mutta terveydenhuollon kustannukset kasvavat kuitenkin samaa vauhtia kuin ennenkin, ellei nousun takana oleisiin syihin puututa. Kuten teknologiaan. Ihmiset pelaavat systeemissä käyttämällä korkeampaa teknologiaa tai lisäämällä volyyymiä, jos se on heidän etujensa mukaista. Hallituksen puolelta tähän tuskin tulee helpotusta poliittisten syiden takia.

Keskustelu

Kysymys: Jos Shalowitzilla olisi valta, millaiseksi hän rakentaisi Yhdysvaltain terveydenhuoltoa tulevaisuudessa?

Shalowitz totesi, että perusteellisen ratkaisun antaminen veisi kolme tuntia, joten lyhyesti.

Rakenteen näkökulmasta

1. terveydenhuollon tulisi toimia väestövastuulla
2. palveluidentuottajilla tulisi olla paitsi vastuu, myös riittävästi valtaa voidakseen kantaa vastuunsa
3. prosessien väljyydet ja tukokset tulisi karsia pois

Portaat hyvään palvelun laatuun

1. toiminnan tulee perustua luottamukseen ja vapaaehtoisuuteen
2. toiminnan tulee olla suoriteperusteista, prosesseihin painottuvaa ja suoritteita seurataan
3. toiminnalla tulee olla selkeät tavoitteet
4. toiminnan tulee olla avointa ja läpinäkyvää niin tavoitteiden kuin tulostenkin osalta
5. työntekijät palkitaan tulosten perusteella, esim. julkisen kunniamaininnan voisi saada lääkäri, jonka verenpainepotilaista 75 % on saanut verenpaineensa suositusten mukaiselle tasolle

Kysymys: Valvovien tahojen asettamien vaatimusten vuoksi lääkäreiden täytyy tehdä osin ”kevyin” perustein” tutkimuksia, mikä lisää kustannuksia. Mitä Yhdysvalloissa on keskusteltu tästä?

Shalowitz totesi, että tilanne todellakin on se, että lääkäreille maksetaan tarpeettomien tutkimusten tekemisestä, jotka suojaavat hoitovirhekanteilta. Eri osavaltioissa on erilaiset säädökset hoitovirheiden osalta. Joissain osavaltioissa on yritetty tehdä hoitohenkilökunnalle ohjeistusta, jota noudattamalla hoitovirhekanteista voisi välttyä, mutta lakimiehet, joista osa saa ansionsa tällaisten kanteiden ajamisesta, ovat vastustaneet tätä erittäin pontevasti. Toinen ratkaisu on ollut päätöksentekotukijärjestelmät eli tietojärjestelmät, jotka ehdottavat, mitä tutkimuksia milloinkin voisi/tulisi tehdä. Ne myös muistuttavat kontrollitutkimuksista. Näiden ohjelmien ohjeita noudattamalla hoitovirhekanteiden määrää on saatu laskettua.

Kysymys: Mikä on ennaltaehkäisevän toiminnan mahdollisuus USA:n terveydenhuoltojärjestelmässä?

Shalowitzin mielestä kaikki terveitä elämäntapoja edistävä toiminta on erittäin tärkeää. Ongelmana on vain se, että ihmiset ovat haluttomia tällaiseen. Esimerkiksi Yhdysvalloissa erään vakuutusyhtiön kyselyn mukaan vastaajat halusivat mieluummin nykymuotoisen vakuutuksen kuin halvemman vakuutuksen, jonka edellytyksenä olivat terveelliset elämäntavat. Yhdysvalloissa koulutetaan ”social marketing”-asiantuntijoita eli ihmisiä, jotka auttavat muita terveisiin elämäntapoihin. On tärkeää, että terveiden elämäntapojen kannustimet ovat ihmisille helppoja toteuttaa. Shalowitz mielestä Pohjois-Karjala-projektin tyyppistä toimintaa tarvitaan lisää.

Kysymys: Työn laadun arvioiminen on tärkeää, muttei helppoa. Esimerkiksi on kaksi lääkäriä, joista toinen ottaa vastaan 6-8 potilasta tunnissa, mutta vain harvoin diagnoosit sattuvat kohdalleen, ja toinen kaksi potilasta tunnissa ja diagnoosit ovat oikein. Miten työn laadusta tulisi palkita? Mitä tekisit tällaisessa tilanteessa?

Shalowitz totesi, että usein laadun osalta keskitytään vain poistamaan huonosti töistään suoriutuvat ja ajatellaan, että se riittää. Ensimmäisen lääkärin kohdalla Shalowitz miettisi sitä, miksi hän ottaa niin paljon potilaita vastaan (onko kyse toimintakulttuurista, aiheuttaako organisaatio määrällisiä paineita) ja vaikuttaako se toiminnan laatuun. Shalowitz auttaisi myös toista lääkäriä miettimään tapaansa toimia.

Nimittäin tuo toinen lääkäri on selvästi hyvä lääkäri ja olisi kaikkien etu, jos hän voisi ottaa enemmän potilaita vastaan. Jos hitaus johtuu usein siitä, että tämä toinen lääkäri tekee muiden työt eli perehtyy kunnolla potilaan asioihin, Shalowitz etsii sellaisia tietojärjestelmiä, joiden avulla tietojen läpikäyminen olisi nopeampaa kuin nykyisillä järjestelmillä tai papereista. Valitettavasti vain tällä hetkellä tietojärjestelmät enemmänkin hidastavat kuin nopeuttavat työtä.