Debat

DANSKE REGIONER

Styringsredskaber for fremtidens sundhedsvæsen

Et debatoplæg til en prisopgave

Indhold

Et sundhedsvæsen, vi kan være stolte af 3

Den regionale scene 5

Udfordringerne i sundhedsvæsenet i dag 7

Styring og incitamenter anno 2007 9

AKTIVITET i sundhedsvæsenet – værdsættelse og værdisætning 13

Aktivitetsbaseret afregning – virkning og bivirkning 15

Konflikter mellem mål og styringsredskaber 17

Sundhedsvæsen - ikke sundhedsfabrik 23

Generation III styringsredskaber 24

Prisopgave ” Styringsredskaber for fremtidens sundhedsvæsen” 26

Et sundhedsvæsen, vi kan være stolte af

Med samlingen af det behandlende sundhedsvæsen i fem stærke og bæredygtige regioner skabes en unik mulighed for at udvikle et moderne sundhedsvæsen i Danmark – et sundhedsvæsen, vi kan være stolte af.

Regionerne ledes af folkevalgte politikere, der har det overordnede ansvar for at forvalte og udvikle sundhedsvæsenet. De arbejder inden for de lovgivningsmæssige rammer, der er fastsat af Folketinget og den økonomi, der aftales ved de årlige økonomiforhandlinger.

Regionerne er finansieret gennem en blanding af kommunale grundbidrag, statslige bloktilskud, samt statslige og kommunale aktivitetsbestemte tilskud.

Det er op til regionerne at fastlægge, hvordan de vil styre sygehusene, dog skal mindst 50 pct. af pengene uddeles efter aktivitet. Regionerne og sygehusene bestemmer selv, hvordan de vil styre afdelingerne.

De økonomiske styringsmetoder, der har været dominerende i sundhedsvæsenet de seneste år, har entydigt fokuseret på aktivitet med det formål at nedbringe ventetiderne til diagnostik og behandling. Det er lykkedes, men målsætninger om et tilgængeligt, sammenhængende og effektivt sundhedsvæsen, der tilbyder behandlinger af høj kvalitet og som har omsorg og patientinddragelse i fokus, understøttes ikke – snarere tværtimod.

Det er en udfordring, som regionerne vil tage op. Regionerne ønsker at udvikle styringsmetoder for sygehusene, der i højere grad understøtter regionernes sundhedspolitiske målsætninger – uden at sætte det bedste af det nuværende over styr.

Med dette debatoplæg udskriver Danske Regioner derfor en prisopgave, som skal give regionerne inspiration til at udvikle nye styringsmetoder for sygehusene, der understøtter de regionalpolitiske prioriteringer og visioner. Styringsmetoder, der understøtter kvalitet og effektivitet, samt fremmer sammenhæng på tværs af sektorer og niveauer til gavn for patienterne. Styringsmetoder, der fremmer et sundhedsvæsen, vi kan være stolte af.

Den regionale scene

Regionerne er en central del af det nye Danmarkskort for den offentlige sektor.

Regionerne skal agere inden for de lovgivningsmæssige rammer, der er udmøntet i Sundhedsloven, Regionsloven og Finansieringsloven. Sundhedsloven udstikker rammerne for hvem, der har ret til hvad og hvornår. Finansieringsloven angiver, hvordan regionerne er finansieret ved den kommunale medfinansiering, det kommunale grundbidrag, aktivitetspuljen og et bloktilskud. Regionsloven udstikker de overordnede rammer for regionernes virke. Udover de lovgivningsmæssige rammer er der de økonomiske rammer, der fastlægges i årlige forhandlinger med staten. Økonomiaftalen, der indgås med regeringen, beskriver endvidere de driftsmæssige rammer og krav til, hvordan regionerne skal drive sundhedsvæsenet.

Tendensen de seneste år har været klar. Regionernes rammer er blevet strammere og lovgivningen mere specifik med hensyn til de driftsmæssige krav - se figur 2. Det indsnævrer regionernes råderum og manøvremulighederne ved udformning af de regionale styringsinstrumenter.

Figur 1. Regionernes indtægtskilder fordelt efter finansieringsansvar (2007-niveau)

Betalingsansvar	Finansieringstype	Mia kr.	Pct.
Staten	Bloktilskud, sundhed	62,0	70,1
	Aktivitetstilskud, sundhed	2,4	2,7
	Bloktilskud, udvikling	1,5	1,7
	I alt	65,9	74,5
Kommunerne	Grundbidrag, sundhed	6,0	6,8
	Aktivitetsbidrag, sundhed	9,4	10,6
	Grundbidrag, udvikling	0,6	0,7
	Takstbetaling, social mv.	5,1	5,8
	I alt	21,1	23,9
Andre	Andre indtægter *)	1,4	1,6
Samlet		88,4	100,0

* Heri indgår også indtægter fra statslige puljer mv.

Kilde: Håndbog i kommunernes og regionernes nye økonomi s 100, Thorkil Juul

Figur 2. Udvalgte passager fra økonomiaftalen for 2007

- I 2007 forventes en aktivitetsstigning på 3 pct.
- Produktionsværdien for 2007 er opgjort under en forudsætning af en produktivitetsstigning på 2 pct.
- Den aktivitetsbestemte andel af sygehusenes budgetter bør opfylde målet om 50% i 2007.

For at give regionerne de bedste forudsætninger for at løse deres opgaver, er det helt nødvendigt med individuelt tilrettede styringsinstrumenter og et selvstændigt regionalt ledelses- og råderum.

Statslig styring på aktivitet direkte til sygehuset, afdelingen eller den praktiserende læge umuliggør en optimal regional styring af sundhedsvæsenet og kan, som der vil blive illustreret her i debatoplægget, i flere tilfælde skabe direkte uhensigtsmæssigheder for patienten.

Styringsredskaber, uanset om de er økonomiske eller organisatoriske, kan ikke løse alt i sundhedsvæsenet. Men styringsredskaber kan hjælpe regionspolitikerne med at løse de sundhedspolitiske udfordringer ved at styrke sammenhængen på tværs af sektorer og mellem de forskellige niveauer i sundhedsvæsenet.

Sundhedsvæsenet er komplekst - karakteriseret ved stærke fagligheder, forskelligartede institutioner og organisationer, samt en bred palet af opgaver - behandling, forebyggelse, uddannelse og forskning. Hertil kommer individuelle og institutionelle forventninger fra patienter, personale, borgere og politikere.

I øjeblikket kan der konstateres et delvist modsætningsforhold mellem styringsredskaber på den ene side og det værdimæssige grundlag, de sundhedspolitiske målsætninger og en optimal håndtering af fremtidens udfordringer på den anden side.

Debatoplægget her vil illustrere behovet for at få udviklet regionale styringsmetoder med incitamenter, der i højere grad understøtter de sundhedspolitiske målsætninger og værdier - samt imødekommer nutidens og fremtidens udfordringer.

Udfordringerne i sundhedsvæsenet i dag

Det danske sundhedsvæsen skal i fremtiden imødegå en række store udfordringer. Udfordringer vi allerede i dag kan se begyndelsen på, og som giver os mulighed for at indrette sundhedsvæsenet til fremtiden.

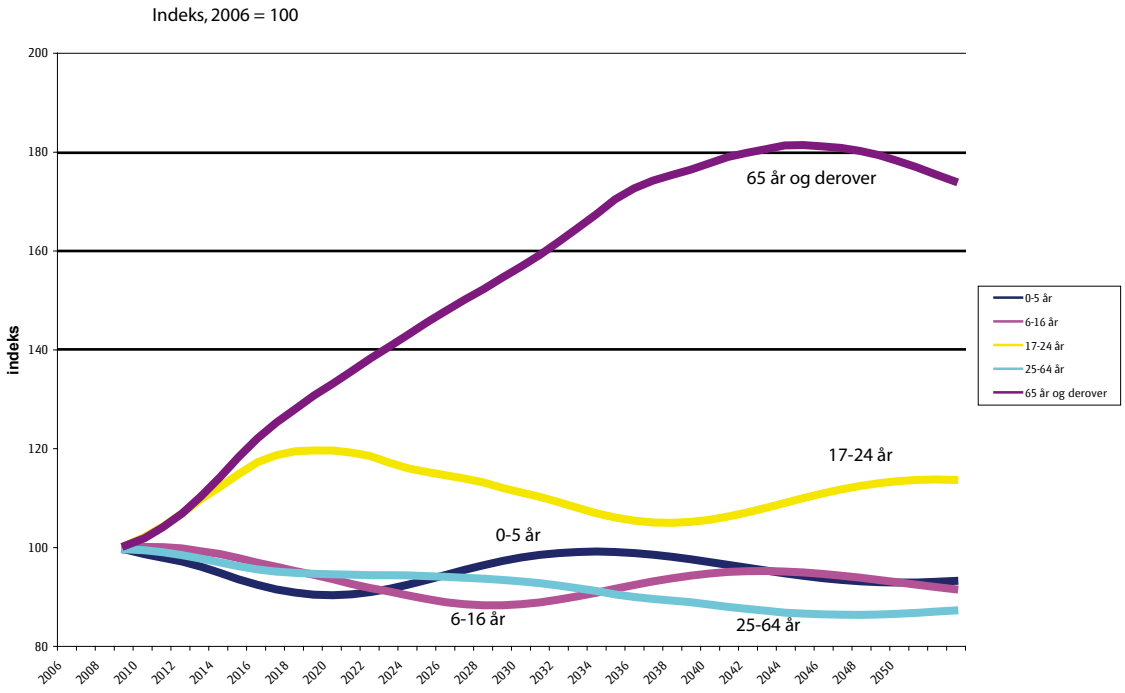
Ny viden og teknologi

Udviklingen i viden og teknologi accelererer som aldrig før. Viden om ny medicin, bedre behandlingsformer og smartere organiseringsformer er med til at øge behandlingskvaliteten for den enkelte patient. Samtidig lægger udviklingen et pres på sundhedsvæsenet, i form af højere udgifter til medicin og krav om organisatorisk tilpasning, så nye behandlingsmetoder implementeres hurtigt alle steder i sundhedsvæsenet.

Flere ældre, færre unge...

Den demografiske udvikling giver flere udfordringer. Et stigende antal ældre betyder, at behovet for sundhedsydelser stiger, fordi ældre bruger sundhedsvæsenet hyppigere end andre aldersgrupper. Det betyder også, at der vil være behov for flere hænder i alle dele af sundhedssektoren fra social- og sundhedsassistenten til speciallægen. Flere hænder, der skal findes blandt færre danskere på arbejdsmarkedet. Færre danskere på arbejdsmarkedet betyder endvidere færre personer til at betale skat og finansiere de offentlige ydelser – herunder sundhedsvæsenet.

Figur 3. Indeks for udviklingen i folketallet i forskellige aldersgrupper 2006-2050



Kilde: Nyt fra Danmarks Statistik, Befolkning og Valg, maj 2006

Kroniske syge

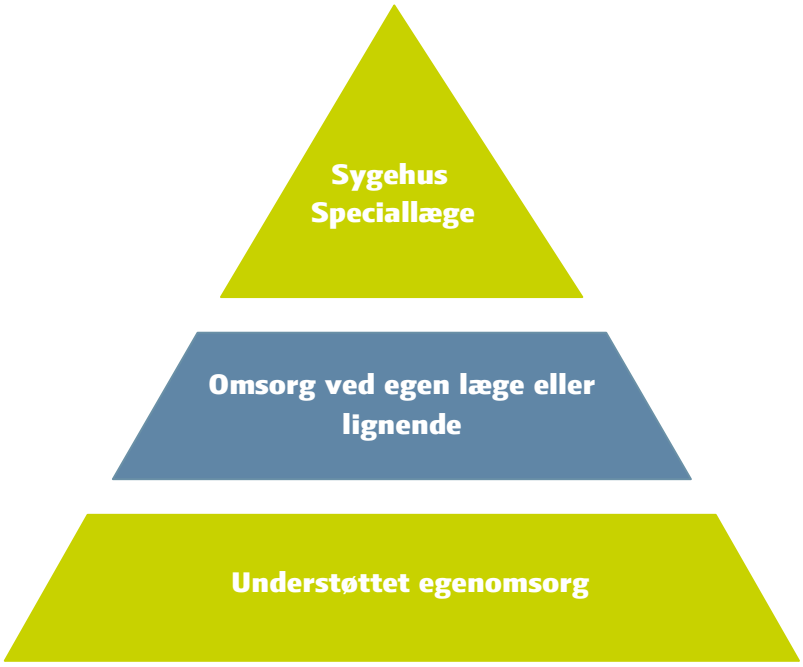
Flere og flere danskere lider af en kronisk sygdom – en sygdom, der følger patienten hele livet. Håndteringen af kronikerne udfordrer den akutte og "episodiske" tænkning, der karakteriserer sundhedsvæsenet i dag – patient bliver syg, patient indlægges og behandles, rask patient udskrives. Udviklingen af behandlingsmetoder, ny viden om kroniske sygdomme og ny viden om håndtering af sygdommene betyder, at der kan gøres mere for de kroniske syge. Kronikere har brug for, at sundhedsvæsenet kan levere sammenhængende og samlede patientforløb - på tværs af lægefaglige specialer og på tværs af sektorer. En aktiv indsats over for kronikerne vil give både de syge og de pårørende et bedre liv. Endvidere vil en rigtig indretning af kronikerbehandlingen, herunder udvikling af egenomsorg, medvirke til at løse de kommende udfordringer ved flere kroniske syge.

Patientkrav og ønsker

En stadig voksende andel af patienterne opfatter sig selv som "forbrugere" af sundhedsydelser. Forventningen er, at sundhedsvæsenet leverer den højeste faglige kvalitet, de nyeste behandlinger, en sammenhængende indsats og individuelt tilpassede ydelser. Hertil kommer krav og forventning om god service, tid til omsorg, information og inddragelse.

Hvis ikke det offentlige sundhedsvæsen kan imødekomme disse krav og ønsker i tilstrækkelig grad, vil de ressourcestærke patienter fravælge det offentlige sundhedsvæsen med risiko for, at fundamentet for et offentligt sundhedsvæsen, baseret på solidarisk finansiering, samt fri og lige adgang, undermineres.

Figur 4. Kroniker-pyramiden



Kilde: Oplæg DSI

Styring og incitamenter anno 2007

Det overordnede velfærdspolitiske mål med sundhedsvæsenet er, at det skal bidrage til en sund og rask befolkning.

Styringen af sundhedsvæsenet har altid været omgivet med stor kreativitet og interesse. Gennem tiderne er incitamenterne søgt tilpasset, så de understøtter den ønskede udvikling i sundhedsvæsenet i det enkelte årti eller århundrede. Mange former for incitamenter har været brugt, men som der kan ses i figur 5 og 6, har især økonomiske incitamenter været anvendt til at fremme den ønskede adfærd.

De seneste år har fokus især været rettet imod at producere flere ydelser, hvorfor styringen og de økonomiske incitamenter er blevet indrettet til at fremme denne adfærd.

Resultatet er klart. Det danske sundhedsvæsen producerer mange sundhedsydelser for få penge og ventetiden på behandling er kort – en udvikling, der blandt andet er fremmet af de nye økonomiske styringsinstrumenter som aktivitetsbaseret finansiering og aktivitetspuljer. I figur 7 og figur 8 ses, hvordan antallet af behandlede borgere er steget, samtidig med at produktiviteten også er gået markant op.

Figur 5

§ 16 i reglement for Sygehuset i Nykøbing på Mors Anno 1870

Distriktslægens Honorar for de Syges Behandling, som indlægges for offentlig Regning, bestemmes til 4 Rigsdaler for hver helbredt patient, imod at det er Lægens Pligt, uden videre honorar, paany at tage Patienten under Behandling, saafremt denne inden 2 Aar fra denne tid han er udskreven atter maatte komme under Kuur for samme Sygdom.

Figur 6

1937 Underordnede læger

Lægerne har ret til gennemsnitlig et Fridøgn pr. Uge eller en hertil svarende Extraferie, dog ikke udover 1 Uge halvaarlig.

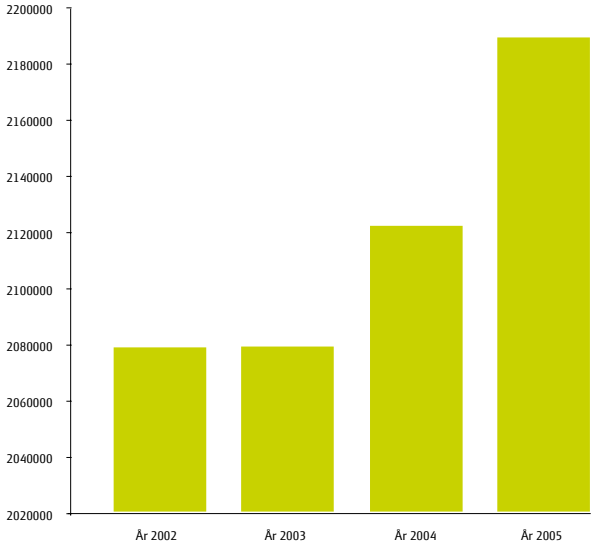
Det Daglig Arbejde (Stuegang, Operationer, sædvanligt Laboratoriearbejde) som hidtil almindeligt paa Sygehusene tilendebringes inden Sygehuset forlades.

Tidligere havde Danmark et udbudsorienteret sundhedsvæsen, hvor det var en acceptabel præmis for amterne at anvende ventelister for at kunne overholde de officielt aftalte rammer for sundhedsudgifterne. I takt med indførelse af frit valg, udvidet frit valg og behandlingsgaranti har styringsmetoderne udviklet sig, så vi i dag har et sundhedsvæsen, som er langt mere efterspørgselsfølsomt end tidligere. Borgerne skal nemt kunne få adgang til sundhedsvæsenet, og dagens patient er blevet en "forbruger" af sundhedsvæsenet, der kræver valgfrihed, de nyeste behandlinger og adgang til brugbar information, så bevidste valg kan træffes. Der er således sket et væsentligt skift i regionernes styringsbetingelser – faktisk et generationsskifte fra Generation I (rammestyring) i 80erne og 90erne til Generation II i dag, hvor der styres på aktivitet.

Generation II styringsredskaber som aktivitetspulje, produktivitetsmålinger og behandlingsgarantier understøtter på hver sin måde en større produktion af sundhedsydelser, men de understøtter ikke sammenhæng. Disse styringsinstrumenter har givet en optimering af produktionen på de enkelte afdelinger og på det enkelte sygehus – altså suboptimeringer i stedet for en samlet optimering af patientens forløb gennem sundhedsvæsenet.

Generation II styringsredskaberne, hvor fokus er aktivitet, findes også i praksissektoren, hvor incitamenterne i en årrække har understøttet produktionen af flere ydelser til patienten, idet en del af betalingen til de praktiserende læger sker efter de ydelser, de leverer i patientbehandlingen.

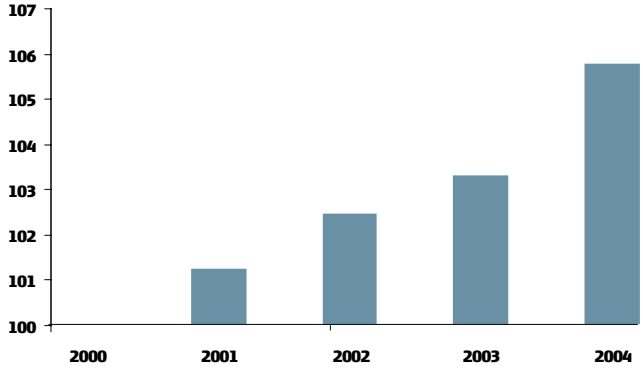
Figur 7. Antal behandlede borgere



Anm.: Der eksisterer ikke sammenlignelige tal for 2002.

Kilde: Sundhedsstyrelsen

Figur 8. Sygehusenes produktivitet



Anm.: Indeks 2000=basisår. Produktiviteten er opgjort som udviklingen i et vægtet gennemsnit af aktivitetsniveauet (produktionsværdien målt på baggrund af DRG- og DAGS-takstsystemet) i forhold til ressourceforbruget til behandling.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

I sundhedssektoren belønnes de enkelte aktører kun for de ydelser, de selv leverer til patienten uden sammenhæng med resten af behandlingsforløbet. Belønningen sker for at behandle og ikke for at understøtte andre i at behandle patienten eller for at undgå behandling.

Når økonomiske incitamenter tilskynder til produktion af ydelser, er det naturligt, at sundhedsvæsenet først og fremmest vil producere de ydelser, der måles på, og som kan hænge sammen økonomisk. Sundhedsvæsenet kan ikke direkte vælge behandlinger fra, da alle har ret til at blive behandlet, og der er en behandlingsgaranti på 2 måneder – men som casen omkring øjenbetændelse illustrerer - se næste side - kan læger i høj grad påvirke borgernes efterspørgsel efter sundhedsydelser. Men med økonomiske incitamenter, der råber AKTIVITET, MERE AKTIVITET i væsenet, vil aktørerne i sundhedsvæsenet ikke have incitament til at undgå behandling, fremme sammenhæng eller omlægge behandling – da dette i visse tilfælde endda vil blive straffet økonomisk.

Øjenbetændelse - et eksempel på, at adfærd kan påvirkes

I England blev forbrugsmønsteret hos forældre, der kontakter alment praktiserende læger, når deres børn får øjenbetændelse, undersøgt. Herudover blev det undersøgt, hvordan forældrene ville reagere næste gang børnene fik øjenbetændelse, på baggrund af lægens anvisninger første gang.

Fakta om sygdommen:
Antibiotika ved øjenbetændelse reducerer ikke alvorlige symptomer, men kan reducere moderate symptomer med få dage. I forsøget var gennemsnittet med moderate symptomer 4,8 dage ved ingen antibiotika, 3,3 dage, hvis antibiotika blev givet med det samme og 3,9 dage, hvis antibiotika blev givet forsinket.

Tre testgrupper blev oprettet:
1. En hvor der blev udleveret antibiotika med det samme og lavet en podning
2. En hvor forældrene fik en recept på antibiotika
3. En hvor ingen recept eller medicin blev udleveret

Resultatet af forsøget viste, at det er muligt at påvirke forældrenes adfærd, idet 99 pct. anvendte antibiotika i de tilfælde, hvor det blev udleveret med det samme. Samtidig ville 68 pct. af forældrene opsøge læge igen ved øjenbetændelse, idet forældrene var overbeviste om effekten af antibiotika.

Hvis forældrene derimod fik udleveret en recept, blev den kun brugt i 53 pct. af tilfældene, og kun 41 pct. af disse forældre mente, at antibiotika er et effektivt middel mod øjenbetændelse. Af de forældre, der ikke fik recept eller medicin i hånden, mener 40 pct. at antibiotika er et effektivt middel mod øjenbetændelse.

Forsøget viser, at det er muligt for de praktiserende læger at påvirke efterspørgslen efter sundhedsydelser. I dag er det dog sådan, at lægen har incitament til at levere ydelsen til patienten uanset virkning, da der bliver givet penge for aktiviteten og ikke effekten.

Kilde: Everitt, Little and Smith - BMJ 2006;333;321.

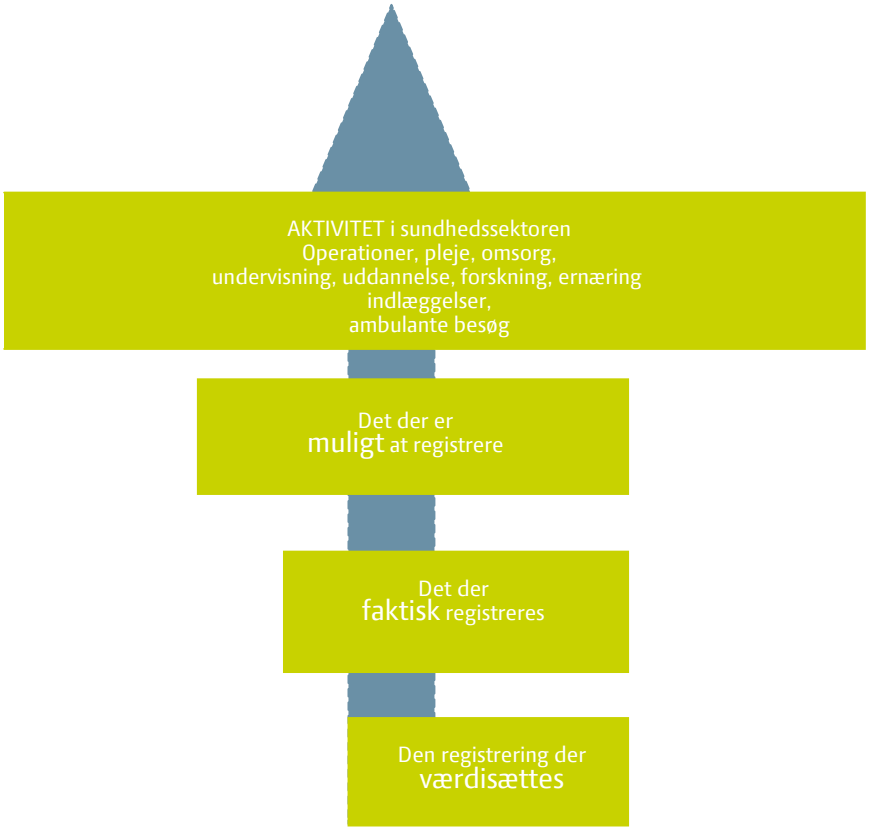
AKTIVITET i sundhedsvæsenet – værdsættelse og værdisætning

Aktivitet i sundhedsvæsenet består af en bred palet af ydelser og indbefatter alt fra konsultationer hos de praktiserende læger til operationer på sygehuset.

Megen af den aktivitet, der foregår, kan ikke måles – såsom det venlige smil på gangen, betænksomhed og omsorg fra personalet. Eksempelvis er det vanskeligt at måle og værdisætte den del af sygeplejerskens indsats, der handler om at give sig tid til de pårørende og sikre, at alle får den bedst mulige oplevelse ved sygehusopholdet. Aktivitetspuljer, aktivitetsbaseret finansiering og behandlingsgarantier, handler derimod om den målelige let definerbare aktivitet, som patienten direkte modtager.

Figur 9 illustrerer, at der forekommer mange typer af aktiviteter i sundhedsvæsenet - men for det første kan al aktivitet ikke måles, og for det andet, sætter vi kun værdi på en begrænset del af det, der måles. Derved er det få elementer, de økonomiske incitamenter knyttes til.

Figur 9



Aktivitet i sygehusvæsenet bliver målt i DRG-takster. DRG-taksterne repræsenterer værdien for én type behandling. I praksissektoren får den praktiserende læge afregning pr. udført aktivitet samt et basishonorar afhængigt af antal tilmeldte borgere. De praktiserende speciallæger afregner også pr. udført aktivitet.

Økonomiske incitamenter virker. I sundhedsvæsenet betyder det, at der fokuseres på det, der måles på – dvs. de typer af aktiviteter, der er takstbelagte i DRG-systemet eller det, der honoreres i praksissektoren.

Aktivitetsbaseret afregning og DRG

DRG-taksten beregnes ud fra tidligere års omkostninger til netop den type behandling og er typisk en korrigeret gennemsnitsomkostning for en behandling i Danmark. Det betyder, at DRG-takster oftest er beregnet på baggrund af data, der er et par år gamle, og idet DRG taksterne er et gennemsnit, dækker taksten over store forskelle i omkostningerne til den enkelte behandling.

DRG-systemet er det danske casemixsystem, der indeholder DRG, DAGS og genoptrænings-takster. DRG-systemet fordeler alle omkostningerne i sundhedsvæsenet, så selvom en handling ikke direkte knyttes til en takst, er omkostningen indeholdt i taksterne. Eksempelvis er genoptræning først fra 2007 udskilt fra DRG og DAGS taksterne; dvs. at selvom der før blev lavet en genoptræningsydelse, udløste den ikke en takst i sig selv, da den var indeholdt i de andre takster.

DRG – DiagnoseRelaterede Grupper
I 2007 vil der være 584 DRG-takster. En DRG-takst er en takst for behandling af indlagte somatiske patienter. DRG-systemet består af takster for behandlingsgrupper, der ligner hinanden diagnostisk og omtrent bruger de samme ressourcer, men eftersom en takst dækker over en gruppe af behandlinger, vil der være store variationer i omkostningerne inden for gruppen.

DAGS: Dansk Ambulant GrupperingsSystem
I 2007 vil der være 125 DAGS takster. En DAGS-takst er en takst for behandling af ambulante somatiske patienter.

Genoptræning
Kommunalreformen har flyttet en del af ansvaret og derfor en del af finansieringen af genoptræning til kommunerne. Derfor er det som noget nyt fra 2007 lavet 8 takster for genoptræning.

Kilde: Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk

Aktivitetsbaseret afregning – virkning og bivirkning

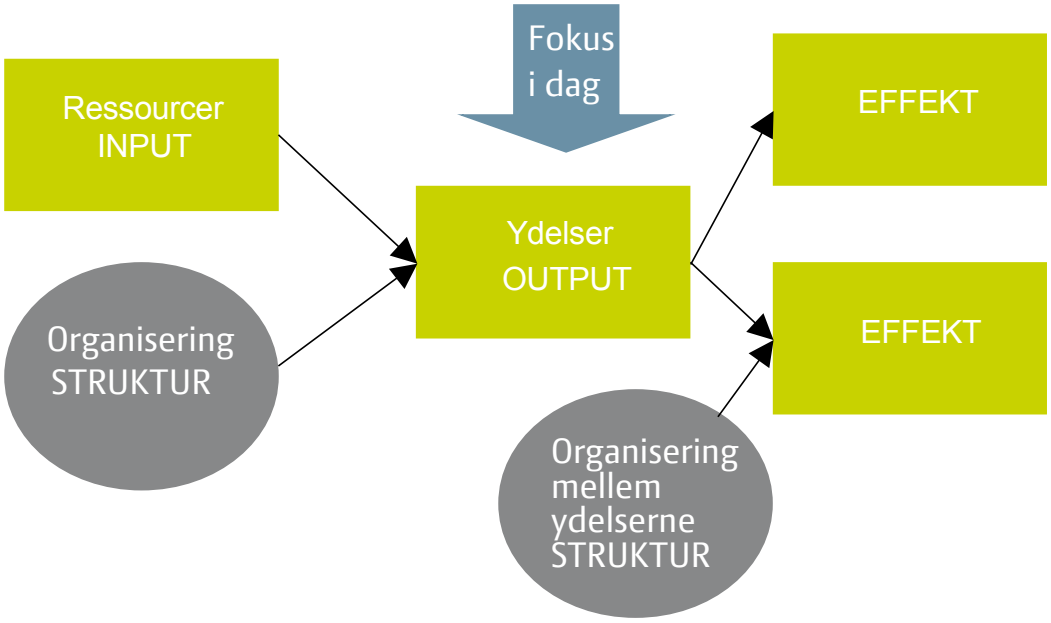
Anvendelse af takster i både sygehussektoren og praksissektoren tilskynder til aktivitet. De økonomiske incitamenter, der knytter sig til afregningen, har vist sig at være rigtig gode til at understøtte produktion af sundhedsydelser.

Aktivitetsbaseret afregning har imidlertid også bivirkninger. En af bivirkningerne ved det nuværende system er, at alle, fra den praktiserende læge til sygehusafdelingens overlæge, har incitament til at holde på de "lette" patienter og sende de "tunge" patienter videre i systemet. Dette incitament er i direkte modstrid med LEON princippet om, at behandlingen skal ske på det "Laveste Effektive OmsorgsNiveau".

En anden bivirkning er, at der skabes incitament til at øge aktiviteten på sit eget område – men intet incitament til at samarbejde på tværs af afdelinger, på tværs af sygehuse og på tværs af sektorer. Et sådant samarbejde ville fremme både patientforløb og kvalitet.

Sygehusene får desuden tildelt DRG-værdien uanset resultatet af behandlingen – groft sagt er det lige meget, om patienten bliver genindlagt 10 gange, fordi behandlingen første gang ikke var god nok. Som der ses i figur 10 er det kvantitet og ikke kvalitet, der tæller i forhold til aktivitetsbaseret finansiering – det gælder om at gøre behandlingen billigere end taksten, fordi det økonomisk kan betale sig.

Figur 10



Endvidere giver anvendelse af DRG-taksterne problemer i forhold til at implementere nye behandlinger eller omlægge behandling, fordi taksterne bestemmes ved årets indgang ud fra tidligere omkostninger og derfor allerede er bagudrettede, når de tages i anvendelse.

Alt dette betyder, at en styring af sygehusvæsenet gennem takster på sygehusydelser ikke fremmer nytænkning og innovation på afdelingerne i retning af det gode patientforløb, da sygehusene ikke bliver økonomisk belønnet eller politisk målt på det samlede patientforløb og samlede resultat. Eksemplet med apopleksipatienter viser dette paradoks. En skævvridning hen imod de aktiviteter, der måles på, er oplagt, og der er risiko for en "noget for noget" tankegang. For bruges systemet som grundlag for finansiering af afdelingerne på et sygehus, vil der opstå spørgsmål om "afregning" mellem afdelinger, hvis en afdeling leverer input til behandlingen af en patient på en anden afdeling. De økonomiske incitamenter straffer jo afdelinger for at hjælpe hinanden med patientbehandlingen på tværs af afdelinger.

På trods af de nævnte bivirkninger ved styringsinstrumenterne er der alligevel sket positive tiltag som organisationsændringer, arbejdsgangoptimering og omlægning af behandling til gavn for patienten. For at sikre kvalitet og det "hele" patientforløb i stedet for enkeltstående ydelser, har Danske Regioner indgået aftale med almen praksis om forløbstakster for diabetespatienter.

En af udfordringerne i fremtiden bliver at få indrettet og kreeret styringsredskaber, der fremmer og understøtter udviklingstiltag, så de ikke opstår ved en tilfældighed eller på trods. Dette er forudsætningen for et sundhedsvæsen, vi kan være stolte af.

Apopleksiafdelinger giver gode resultater, men ikke mere DRG værdi

Overlevelse på en apopleksiafdeling med specialudstyr og læger til apopleksitilfælde er markant større end på en almindelig afdeling.

Paradokset er, at uanset hvor patienten behandles, så udløser det samme DRG værdi til sygehuset, selvom det for patienten (og samfundsøkonomien) ville være bedre at blive behandlet på en specialistafdeling.

Hvis sygehuset skal indrette en specialafdeling vil det kræve etableringsudgifter og forholdsvis høje driftsudgifter, hvilket betyder, at der ikke er incitament til at lave den "rigtigste" løsning.

Kilde: CSS – Jørgensen, Ulf 2000 og Stroke (2000)

Konflikter mellem mål og styringsredskaber

Hvordan understøttes behandling på det laveste effektive omsorgsniveau?

Styringsredskaber og de incitamenter, der er knyttet hertil, skal understøtte en ønsket adfærd i forhold til målene for sundhedsvæsenet. I det følgende vises en række eksempler på, hvordan styringsredskaberne i nutidens sundhedsvæsen kan være i modstrid med erklærede sundhedspolitiske målsætninger og ønsker. Resultatet er en styringsmæssig situation, hvor sundhedspolitiske mål skal forfølges på trods af – og ikke på grund af – de indbyggede incitamenter.

Bedre samarbejde giver bedre behandling men lavere aktivitet!
Den bedste behandling på det laveste omsorgsniveau kræver meget ofte samarbejde på tværs af de sundhedsfaglige grupper og på tværs af primær og sekundær sektor. Casen med shared care til diabetespatienter på Fyn er et godt eksempel på dette. - Se side 18.

Hvordan kan samarbejde og sammenhæng understøttes på tværs af sektorer og faggrupper?

Håndteringen af den store population af kroniske syge i Danmark er en af sundhedsvæsenets udfordringer. Udfordringen bliver ikke mindre af, at meget tyder på, at den demografiske udvikling vil få antallet I denne gruppe til at vokse betydeligt i de kommende år. Mange kronikere har ikke brug for at blive behandlet på en højtspecialiseret sygehusafdeling, men kan ofte behandles i et ambulatorium eller i almen praksis. Nogle grupper af patienter kan sågar behandles i deres eget hjem

Set fra en snæver driftsøkonomisk vinkel er det - jf. eksemplet med fynske diabetespatienter - en skidt idé for sygehusafdelingen at sende de letteste patienter ud i en helt anden sektor. DRG-værdien dækker ikke længere udgifterne, da de nu kun behandler de tungeste patienter inden for DRG-gruppen. Sygehuset får heller ikke værdisat den del af deres arbejde, der består i at rådgive, vejlede og hjælpe de praktiserende læger, hjemmesygeplejersken mv.

Ud fra de økonomiske incitamenter tilskyndes sygehusene således til at blive ved med at behandle den letteste del af patienterne.

Shared Care for fynske diabetespatienter

Sundhedsstyrelsens kom i 1994 med nye anbefalinger om diabetesbehandling. I Fyns Amt besluttede man i kølvandet herpå at omlægge den fynske diabetesbehandling. Målet var at sikre patienter med diabetes normal livskvalitet og livslængde.

Følgende principper var styrende for processen:

1. Samarbejde mellem alle aktører fra patientens egen læge til sygehusafdelingen om den "fælles sag".
2. Behandling tilrettelægges med respekt for patientens eget ønske.
3. Fagpersonerne fra de forskellige sektorer planlægger og medvirker i fællesskab til at gennemføre de forskellige tiltag.
4. Specialister servicerer generalister.
5. Gensidig respekt.

Herefter blev der både oprettet tværgående faglige teams, monofaglige teams, en patient-uddannelse og kvalitetsdatabase på diabetesområdet.

Et af knudepunkterne i den nye diabetesstruktur er, at ny medicin, ny behandling mv. hurtigt og løbende bliver implementeret. Diabetesbehandlingen på Fyn har udviklet specifikke, lokalt tilrettede redskaber, der sikrer samspil og hurtig implementering. Patienterne bliver i højere grad behandlet hos deres egen læge, som er opdateret med den nyeste faglige viden fra sygehuset. Det medfører, at patienten har mindre kontakt med sygehuset – og dermed en lavere sygehusaktivitet. Samtidig medfører det, at sygehuset kan fokusere på de dårligste patienter og hjælpe dem til en bedre hverdag.

Kilde: Månedsskrift for praktisk lægegerning Jan 2006; 84: Side 33-47. Diabetes, Bassett, Hangaard, Hansen, Henriksen og Vagner.

Indretning af moderne sygehusfaciliteter giver bedre patientbehandling, men lavere aktivitet!
Takstsystemet tilskynder reelt heller ikke til, at der investeres i at indrette sygehusvæsenet, så der kan ydes tidssvarende behandling i moderne faciliteter.

Ombygning, udbygning og renovering betyder alt andet lige – på den korte bane - et fald i aktiviteten. Det vil betyde et fald i produktiviteten – og mindre af den aktivitetsafhængige finansiering.

Hvordan kan hensynet til det nødvendige langsigtede perspektiv medtænkes bedre i styringen?

Nye behandlingsformer betyder bedre patientbehandling, men giver uændret aktivitet!
De sygehusbehandlinger, der måles på, vil altid være bagudrettede. Nye behandlinger til forlængelse af levetiden, som f.eks. indførelsen af herceptin til brystkræftpatienter, understøttes ikke ved fokuseringen på produktion af sygehusydelser, da nye behandlinger ikke er indeholdt i de sygehusydelser, der måles på og afregnes for.

De sygehusbehandlinger, der måles på, vil altid være bagudrettede. Derved vil nye behandlinger til forlængelse af levetiden eller livskvaliteten for patienten ikke blive understøttet i et sygehusvæsen, der har hovedfokus på værdien af produktionen. Målesystemet kan ikke tilrettes i samme takt som behandlingerne udvikles og iværksættes, men vil altid blive tilretttet med en større eller mindre forsinkelse i tid.

Kan styringen tilrettelægges, så indførslen af nye behandlinger fremmes?

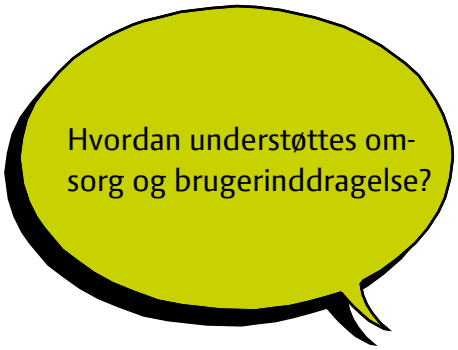
Forskning og udvikling giver bedre patientbehandling, men ingen aktivitet!
Forskning er forudsætningen for udviklingen af fremtidens sundhedsvæsen. Med den nye sundhedslov indgår forpligtelsen til forskning for første gang helt eksplicit, men forskning honoreres ikke, hverken på sygehusene eller i almen praksis.

På individniveau er der mange incitamenter til at bedrive forskning – motiver som udvikling af faglighed, karriere, faglig anseelse mv. I et meget produktionsorienteret sundhedsvæsen vil systemet imidlertid have tendens til at betragte forskningstid/-ressourcer som tid/ressourcer, der fragår produktionen, og dermed prioritere forskning lavere end produktion.

Hvordan sikres forskning og udvikling i et produktionsorienteret væsen?

Brugerinddragelse giver større patienttilfredshed, men ingen aktivitet!
For ikke så mange år siden blev patienten primært opfattet som en passiv modtager af sundhedsydelser. Siden har der været en markant udvikling i retning af at styrke patienternes retsstilling, og i dag betragtes patienterne i mange sammenhænge som forbrugere af sundhedsvæsenets ydelser. Fremtidens sundhedsvæsen skal i langt højere grad involvere patienterne aktivt i deres behandling. Fremtidens brugere af sundhedsvæsenet forventer en god og individuelt tilpasset service. De forventer også at blive inddraget på en ordentlig måde i spørgsmål og afgørelser, der har med deres behandling at gøre.

Omsorg, kommunikation og inddragelse giver større kvalitet og patientinddragelse - og kræver ressourcer. Resultaterne kan imidlertid ikke aflæses positivt på bundlinjen, da de hører under den palet, der ikke er værdisat og ikke udløser aktivitetsafhængig finansiering.



Sundhedscenter Grenaa – en ny måde at tænke behandling og egenomsorg på...

Næsten hver anden person mellem 25 og 74 år på Djursland lider af en langvarig sygdom. Derfor er projektet, Sundheds- og Patientskole, opstartet på Grenaa Sygehus for at udvikle tiltag, der kan tilbydes patienter på tværs af diagnoser.

Patienterne på skolen er diabetes-, hjerte- eller lungepatienter samt overvægtige med en BMI over 30. Skolen underviser patienterne i at lære at leve med en kronisk sygdom samt tilbyder kurser i rygestop, kost og motion. Udgangspunktet for undervisningen er deltagerinvolvering og medinddragelse, og de foreløbige resultater tyder på en høj brugertilfredshed. Sådanne tiltag sigter også på at forhindre indlæggelser.

Kilde: Helene Bech Rosenbrandt

Forebyggelse forhindrer indlæggelse, men betyder nedsat aktivitet!
Forebyggelse og sundhedsfremme handler om at forhindre sygdomme og skader i at opstå, at opdage sygdomme så tidligt som muligt, samt at forebygge forværring og fastholde funktionsevne. Der er i det danske sygehusvæsen generelt bred enighed om, at der skal satses mere på forebyggelse. Det vil spare liv, det vil forbedre livskvalitet, og det kan sikkert også betale sig – i hvert fald på langt sigt.

Især for de kronisk syge er der formentlig også en del at vinde ved at satse mere på forebyggelse og egenomsorg. Kronikerne skal rustes til at håndtere deres sygdomme, så de kan være med til at kontrollere udviklingen af deres egen sygdom jf. kronikerpyramiden figur 4, side 8.

Incitamenterne i sundhedsvæsenet understøtter imidlertid, at der laves flest mulige ydelser (af det, der kan betale sig), hvilket er det modsatte af forebyggelsesindsatsens sigte. Dette paradoks mellem styringsinstrumenternes incitamenter og de sundhedspolitiske mål illustreres blandt andet af casen omkring rygestop.

Casene viser, at en række af de mål, vi har for sundhedsvæsenet, ikke understøttes ved at lade finansieringen afhænge af aktivitet. Nogle gange bliver målsætningerne endda direkte modarbejdet og effekten af incitamenterne er direkte modsat, det der ønskes.

Rygestop før operation – godt for patient, neutralt for samfundsøkonomien, men dårligt for sygehusets økonomi
Patienter, der holder op med at ryge før en operation, har en større chance for at undgå endnu en operation, fordi rygestoppet forebygger de komplikationer, der kan opstå efter operationen. Derfor ville det bedste for patienten og hele sundhedsvæsenet være, hvis patienten før operationen fik hjælp til at stoppe med at ryge i form af rygestopkurser.

En undersøgelse har vist, at et rygestopkursus fik 64 pct. til at stoppe med at ryge, mens kun 8 pct. stoppede uden kursus. I gruppen af patienter, der deltog i kurset, fik 5,4 pct. sårkomplikationer og 3,6 skulle opereres igen. I gruppen uden intervention i form af rygestopkursus fik 30,8 pct. sårkomplikationer og 15,4 pct. skulle opereres igen.

Paradokset er, at sygehuset ingen DRG værdi kan få for at arrangere rygestopkurser, men at sygehuset vil få DRG værdi, hvis patienten bliver indlagt igen. Incitamenterne i dag besværliggør det for sygehuset at prioritere rigtigt i forhold til patient og samfundsøkonomi.

Kilde: Møller, Lancet (2002)

Sundhedsvæsen
- ikke sundhedsfabrik

Anvendelse af produktivitetsmålinger og aktivitetsbaseret finansiering har skabt en høj bevidsthed om omkostningerne i sundhedsvæsenet, og dermed en bevidsthed om, at ressourcerne ikke er uudtømmelige, og at prioritering er nødvendig.

De økonomiske styringsredskaber har bragt visse gode resultater med sig, såsom mere aktivitet, korte ventelister og højere produktivitet. Men de økonomiske styringsredskaber har bivirkninger. Derfor er en af fremtidens udfordringer i sundhedsvæsenet at bibeholde og værne om sundhedsvæsenets grundlæggende værdimæssige platform, hvor sundhedspersonalets lyst til at arbejde, i høj grad er drevet af en personlig motivation til at kunne gøre en forskel for andre mennesker - at helbrede, hjælpe og lindre.

Det er ikke muligt at måle og slet ikke muligt at kvantificere og værdisætte alt i sundhedsvæsenet.

Styringsredskaberne skal derfor indrettes, så de rette incitamenter bliver skabt for at fremme både den målelige og ikke-målelige aktivitet. Styringsmetoderne skal ikke udhule den del af medarbejdernes motivation, der ikke er økonomisk betinget, men i stedet understøtte den faglige stolthed og muligheden for at gøre en forskel.

Økonomi er et af mange redskaber og skal bruges som sådan. For selv om alt har en værdi/indeholder en omkostning (afhængig af øjnene, der ser), er det ikke alt, der har en pris. Værdisætning af visse ting i sundhedsvæsenet betyder, at der kommer et indirekte pres på de ting, der ikke er værdisat.

Derfor er det vigtigt at minimere bivirkningerne ved de økonomiske incitamenter og skabe nye styringsmetoder, der fremmer sammenhæng og fastholder kerneværdierne i det danske sundhedsvæsen.

Generation III styringsredskaber

De sundhedspolitiske målsætninger som høj kvalitet, patientinddragelse og sammenhæng mellem ydelserne bliver i bedste fald ikke understøttet og i visse tilfælde endda modarbejdet af de økonomiske styringsredskaber i sundhedssektoren. Det skaber et behov for nye og supplerende styringsmetoder. Den aktivitet, der leveres i sundhedsvæsenet, er der i sig selv ikke noget i vejen med, men der signaleres, at dét, vi værdsætter i sundhedsvæsenet, er aktivitet og ikke kvalitet, omsorg, sammenhæng mv.

Danske Regioner mener, at det skal være tydeligere, at andre værdier end aktivitet og produktivitet også værdsættes i sundhedsvæsenet. Vi må væk fra opfattelsen af, at dét, der ikke værdisættes, ikke værdsættes. Løsningen er ikke snævert knyttet til en forfining af honorarordningen i den primære sundhedssektor eller af det danske DRG-system - der skal mere og andre ting til. Der er brug for udvikling af Generation III styringsmetoder for at få styring og incitamenter til at understøtte de sundhedspolitiske målsætninger.

Først gik vi fra rammestyring og et udbudsorienteret sundhedsvæsen (Generation I) til et mere efterspørgselsfølsomt sundhedsvæsen med fokus på mere aktivitet, frit valg og korte ventetider (Generation II). I fremtidens Generation III skal der arbejdes smartere og tænkes i helheder. De gode elementer fra Generation II, som kort ventetid, masser af aktivitet og høj produktivitet, skal bibeholdes, men nye styringsredskaber skal udvikles, så det optimale patientforløb understøttes, alt imens der tages højde for de forskellige regionale udfordringer og indretninger.

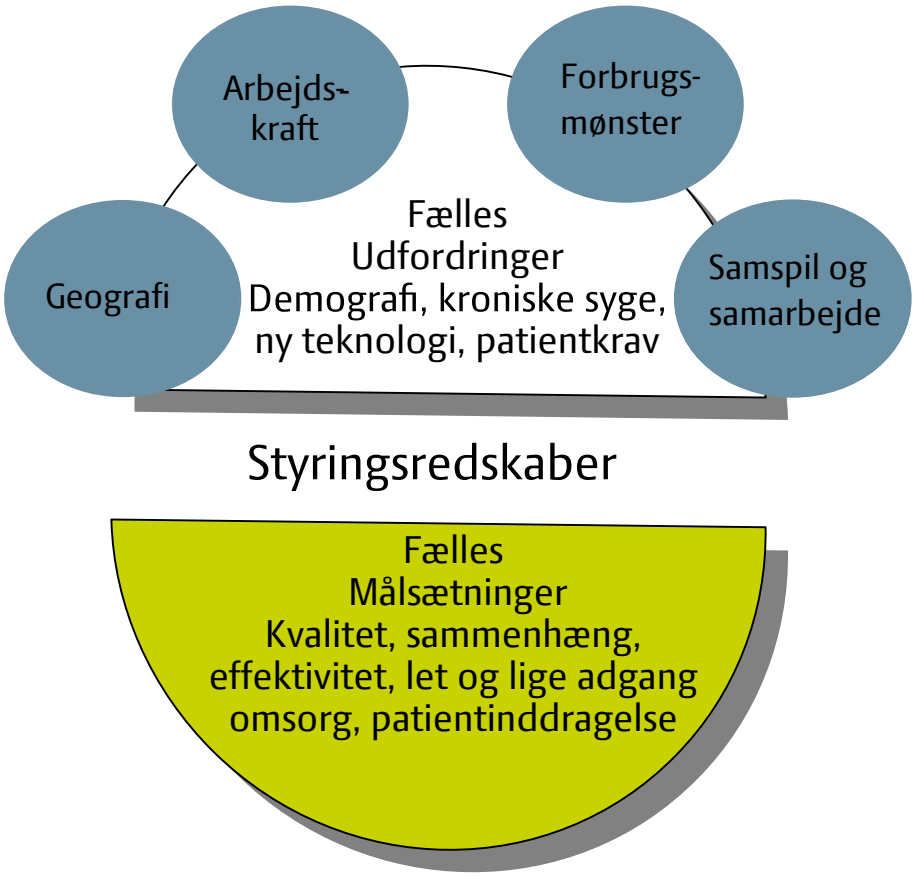
Sidstnævnte er væsentligt. Sundhedsverdenen er kompleks, og der er både regionale og interregionale forskelle. Incitamenter og organisering, der virker godt ét sted, kan måske være uhensigtsmæssige et andet sted. Derfor skal videreudviklingen af styringen af sundhedsvæsenet - Generation III - i udstrakt grad ske på regionalt niveau. For selv om Danmark er et lille land, står Region Hovedstaden ikke over for de samme udfordringer som Region Nordjylland. Der er forskellig befolkningssammensætning, forskel på geografien, forskelle i samarbejdsmønstre med kommunerne, forskel i antal praktiserende læger og antal speciallæger, og der er faktisk også forskel i befolkningens adfærdsmønster, hvad angår brug af sundhedsydelser. Figur 11 viser eksempler på både fælles og individuelle regionale sundhedsmæssige udfordringer, som styringsredskaberne skal være med til håndtere.

Generation III styringsredskaber skal altså være en vifte af styringsinstrumenter, som regionerne individuelt kan anvende i forhold til de regionale udfordringer.

Regionalt tilrettede styringsinstrumenter forudsætter råderum, hvilket kræver modige politikere, der erkender, at verdens bedste sundhedsvæsen ikke skabes ved detailstyring på enkeltsager fra Slotsholmen; Sundhedsvæsenet er mere komplekst end som så - og det er vigtigt at huske, at der ved hver virkning ofte følger en bivirkning.

Da regionerne fra 2007 har ansvaret for udvikling og drift af det behandlede sundhedsvæsen, er det vigtigt at erkende, at et godt sundhedsvæsen forudsætter tillid til regionerne og dermed den decentrale forvaltning og styring af sundhedsvæsenet.

Figur 11



Prisopgave ”Styringsredskaber for fremtidens sundhedsvæsen”

Danske Regioner ønsker et sundhedsvæsen, vi kan være stolte af! Vejen frem er at understøtte de forskellige sundhedspolitiske målsætninger gennem styringsredskaber, der er tilpasset netop den virkelighed og de udfordringer, den enkelte region står overfor.

Sigtet med dette debatoplæg har for det første været at skildre de udfordringer, der er i det danske sundhedsvæsen. Men også at sætte fokus på de begrænsninger, der ligger i den nuværende styring og de gældende incitamentsstrukturer ved at pointere, at nøglen til et sundhedsvæsen, vi kan være stolte af, ikke ligger i en udbygning af de nuværende incitamentsstrukturer, der har hovedfokus på aktivitet.

Udfordringen er at forene de traditionelle økonomistyringsinstrumenter som rammestyring med den mere dynamiske økonomistyring, baseret på aktivitetsbestemt afregning og konkurrence om tiltrækning af patienterne, samtidig med at det stærke værdimæssige fundament for sundhedsvæsenet bibeholdes.

Danske Regioner har ikke den forkromede løsning på alle sundhedsvæsenets udfordringer og derfor er debatoplægget samtidig et oplæg til en prisopgave, udskrevet af Danske Regioner. Prisopgaven:

”Styringsredskaber for fremtidens sundhedsvæsen”

skal give regionerne inspiration til udvikling af Generation III styringsinstrumenter og alle er velkomne til at bidrage og give deres besyv med.

Prisopgaven skal komme med forslag til Generation III styringsredskaber, der understøtter den gode behandling af patienten ved at sikre kvalitet og sammenhæng mellem ydelserne og patientforløbet. Generation III styringsredskaber skal kunne tage udgangspunkt i den enkelte regions specifikke udfordringer.

Styringskoncepter og instrumenter skal understøtte sundhedsvæsenets værdier og målsætninger, og kan tænkes på såvel individ- som organisationsniveau. Incitamenterne kan være såvel økonomiske som faglige, prestigemæssige mv. og kan ligeledes være rettet mod såvel individer, som afdelinger, sygehuse, sektorer – og de kan gå på tværs. Kort sagt - regionerne ønsker inspiration til styringsinstrumenter, der kan være med til at løfte det danske sundhedsvæsen, fordi de understøtter de sundhedspolitiske målsætninger – dette er den eneste måde, hvorved vi kan skabe et sundhedsvæsen, vi kan være stolte af!

I debatoplægget er der løbende stillet spørgsmål, som kan bruges til inspiration i forbindelse med løsningen af prisopgaven:

- Hvordan understøttes samarbejde og sammenhæng på tværs af sektorer og faggrupper?
- Hvordan understøttes behandling på det laveste effektive omsorgsniveau?
- Kan styringen tilrettelægges, så incitamenter til at indføre nye behandlinger fremmes?
- Hvordan sikres forskning og udvikling i et produktionsorienteret væsen?
- Hvordan kan hensynet til det nødvendige langsigtede perspektiv medtænkes bedre i styringen?
- Hvordan sikres omsorg og brugerinddragelse?
- Hvordan sikres fokus på den forebyggende indsats?

Prisopgaven skal sendes til Danske Regioner senest 2. april 2007. Prisopgaven bedømmes af et panel bestående af politiske og administrative beslutningstagere samt repræsentanter fra den akademiske verden.

Vinderen får tildelt en præmie på 60.000 kroner, og to andre prisopgaver får hver tildelt en præmie på 20.000 kroner.

DANSKE
REGIONER

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 3529 8100
F 3529 8300
E regioner@regioner.dk
www.regioner.dk

Danske Regioner, februar 2007

Grafik: Kristine Wulff

ISBN: Trykt udgave 978-87-7723-480-4

ISBN: Elektronisk udgave 978-87-7723-481-1

Tryk: Danske Regioner

Pjecen kan downloades på www.regioner.dk