

NOTAT

Til: **FU/RR**

Opgang Blok A
Afsnit 1. sal

Telefon 38 66 50 00
Mail oekonomi@regionh.dk

Web www.regionh.dk

CVR/SE-nr: 30113721

Dato: 1. december 2015

Værdibaseret styring

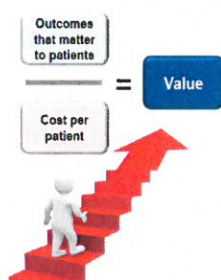
Den værdibaserede styring er baseret på en række artikler af økonomen Michael E. Porter i førende videnskabelige kliniske tidsskrifter¹. Ifølge Porter er hovedformålet for sundhedsvæsnets, at levere behandlinger med højest værdi for patienterne, i forhold til omkostningerne ved at opnå denne værdi.

Værdien af behandlingen er defineret som de sundhedsrelaterede effekter, der har betydning for patienterne for eksempel nedsat smerteniveau eller forbedret funktionsniveau.

Omkostningerne defineres som alle omkostninger, der medgår i det samlede patientforløb, dvs. lige fra henvisning fra den praktiserende læge over indlæggelse til kommunal genoptræning eller hjemmepleje.

Ideelt set er det således sundhedsværdien af det samlede patientforløb, der skal maksimeres i forhold til omkostningerne ved forløbet.

What we all must aspire to – improving health care value



For at dette skal kunne implementeres i praksis, skal en styringsmodel baseres på den værdibaserede styrings 6 hovedkomponenter.

¹ Kilde: Værdibaserede strategier i sundhedssektoren med fokus på medicinområdet: Fra skåltaler til virkelighed? Rud Pedersen og KORA(2015)

1. *Behandlingen skal organiseres i integrerede enheder.* Tanken er at behandlingen skal organiseres omkring sygdomsgrupper fremfor omkring de lægelige specialer.
2. *Resultat(sundhedsværdi) skal opgøres for hver enkelt patient.* For hver patient skal der opstilles et ønsket resultat både på kort og lang sigt og en risikoprofil ved påbegyndt behandling. Dette element benyttes i afregningen.
3. *Der skal ske en samlet betaling for hele patientforløb.* Fremfor betaling for hver udført enkelt ydelse modtages betaling for det samlede patientforløb med det formål at fremme samarbejde og undgå overbehandling.
4. *Integreret sundhedsvæsen hvor aktiviteten for en hel patientgruppe samles.* Samling af ydelsestilbud på få udbydere og integration af behandlingstilbud, der varetages tværsektorielt.
5. *Udvidelse af geografisk optageområde.* Sikring af bæredygtige tilbud med tilstrækkelig specialisering for at højne kvaliteten af den leverede behandling.
6. *Opbygning af relevante IT-platforme,* der understøtter det kliniske arbejde, til udveksling af data om det enkelte patientforløb og hvor dobbeltregistreringer undgås.

De 6 komponenter findes allerede i større eller mindre grad i styringen af sundhedsvæsenet i Danmark – f.eks. er punkt 4 til en vis grad dækket af den fælles specialeplanlægning og punkt 5 er til en vis grad opfyldt gennem etableringen af regionerne.

Implementering af den værdibaserede styring fuldt ud i det danske sundhedsvæsen giver en række praktiske og tekniske udfordringer. Alene definition, måling og indsamling af resultater (sundhedsværdier) indenfor de enkelte sygdomsgrupper er et omfattende arbejde². I Porters model kan der for hver sygdomsgruppe scores på 3 forskellige parametre. Hertil kommer indsamlingen af de tilsvarende omkostninger for hele patientforløbet.

I Sverige har der siden 2013 været arbejdet ud fra dele af den værdibaserede tankegang. Her er erfaringerne omkring punkt 2, at definitionen af relevante sygdomsgrupper og tilhørende sundhedsværdimål kræver et omfattende dataindsamlingsarbejde.

Der er således i et fælles svensk regionalt projekt (SVEUS) fastlagt mål og etableret målesystemer for 8-10 sygdomsområder på nuværende tidspunkt. Særlig kendt er arbejdet på Karolinska i Stockholm, som har implementeret de 8 mål i den daglige styring og afregning. De 8 områder dækker i 2014 10 pct. af alle behandlinger, der foregår på Karolinska, og det forventes, at arbejdet er afsluttet med udgangen af 2018, hvor målsætningen er, at 80 pct. af alle behandlinger er dækket af afregningsmodellen.

Yderligere udfordringer, der er identificeret i forbindelse med arbejdet i Sverige er, at håndtere patienter med mange sygdomme (multisyge ældre medicinske patient) i modellen. Det er pt. anbefalingen, at disse patientkategorier håndteres uden for en styrings og afregningsmodellen.

² Erfaringerne med udvikling af DRG-systemet er, at der fortsat efter 15 års udvikling er forbedringspotentialer.