

Ny Styring i Region Hovedstaden

Afrapportering fra Task Forcen vedr. Ny Styring

Indhold

Afrapportering til Koncern Ledelsen	3
fra Task forcen vedr. Ny Styring i Region Hovedstaden	3
1. Baggrund for task forcens arbejde	3
2. Task forcens indstilling	3
3. Styring i Region Hovedstaden.....	6
3.1. Driftsmålstyring i Region Hovedstaden.....	6
3.2. Takststyring i Region Hovedstaden	6
4. Værdibaseret styring	10
4.1 Porters model konkret: De 6 komponenter.....	11
4.2 Effektmåling i Porters model	11
4.3 Vurdering af værdibaseret styring	12
5. Regionale initiativer i Danmark - værdibaseret styring.....	13
5.1. Region Hovedstadens egne styringsinitiativer.....	14
5.2. Besøg i de tre regioner	15
5.3. Task forcens vurderinger	16
6. Overvejelser om ny styringsmodel i Region Hovedstaden	16
6.1. Principper for værdibaseret styring i Region Hovedstaden	17
6.2. Finansierings- og afregningsmodeller.....	18
6.3. Scenarier for styring og afregning.....	20

Afrapportering til Koncern Ledelsen fra Task forcen vedr. Ny Styring i Region Hoved- staden

1. Baggrund for task forcens arbejde

Budgetaftalen for 2017.

Der skal i 2018 indføres en ny økonomisk styringsmodel for regionens hospitaler, der i højere grad understøtter vores ambitioner om sammenhæng og kvalitet.

Task force kommissorium

Task forcen skal perspektivere og indsamle erfaringer om afprøvninger af alternative styringsmodeller i hospitalsvæsnet. Erfaringsindsamlingen sker i perioden oktober og november måned. Task forcens opgave er at udarbejde et rammeoplæg til koncernledelsen. Dette med henblik på en forberedelse af arbejdet i foråret 2017 med at udfærdige en ny økonomisk styringsmodel for Region Hovedstaden

2. Task forcens indstilling

Det er Task Forcens opfattelse, at den nuværende takststyringsmodel med brug af DAGS/DRG-systemet siden modellens indførelse har bidraget betydeligt til at forbedre hospitalernes produktivitet og til en øget gennemskuelighed i de kliniske afdelingers produktion og aktiviteter. Anvendelsen af takststyringen opleves imidlertid i nogle tilfælde som en barriere for en ønsket klinisk udvikling, da det enten gør det økonomisk svært på afdelingsniveau at implementere nye arbejdsgange eller at konsekvenserne forekommer uigennemskuelige og derved usikre.

Systemet er designet til at fordele ressourcer efter faktisk aktivitet og understøtter ikke i tilstrækkeligt omfang det nuværende fokus på mest mulig sundhed for patienten, sammenhængende forløb, at patientens situation skal være styrende for forløbet samt de otte nationale mål for kvalitet.

Gennemgangen af de forskellige indsatser og modeller for værdibaseret styring har vist, at der ikke eksisterer et entydigt billede af, hvad der lægges i ordet ”værdi”, og hvordan der arbejdes med ”værdibaseret styring” i de forskellige regioner, i de fælles nationale forsøg mv.

De besøgte regioner er i gang med at finde alternativer til takststyringen, som muliggør reduktion af aktiviteter der kan kendetegnes spild samt at sætte service- og kvalitetsmål i front. Der er således fokus på at skabe nye rammer og andre incitamentsstrukturer, der åbner for et nyt ledelsesmæssigt fokus på værdi for patienten. Alle regioner lægger vægt på den ledelsesmæssige opgave og omtaler værdibaseret styring som en kulturændring. Et centralt element i ændringen er, at nedtone takststyringens rolle og erstatte med andre mål. Region Sjælland vælger at anvende økonomiske incitamenter på service- og kvalitetsparametre som løftestang til at ændre det ledelsesmæssige fokus.

Det er task forcens opfattelse, at fokus regionalt i dag er rettet mod udførelse af den rigtige produktion og at udrednings- og behandlingsgarantier overholdes – dog under den betingelse at finansieringen fra den statslige aktivitetsordning, kommunale medfinansiering og evt. indtægter fra udenregionale aktiviteter bibeholdes. Fokus er således fortsat balance i forhold til udbud og efterspørgsel/patientrettigheder, men ikke koblet ensidigt til aktivitets(vækst), men snarere til det generelle styringsfokus.

Danske Regioner arbejder med en model tæt på den værdibaserede styring, der stammer fra Michael E. Porter, Professor på Harvard University. Han har markedsført sin model for værdibaseret styring internationalt som svaret på sundhedsvæseners udfordringer globalt. Porter tager udgangspunkt i kendte udfordringer i det amerikanske sundhedsvæsen med stigende omkostninger, dårligt koordinerede patientforløb og fokus på ydelser fremfor resultater (outcome). Han argumenterer for at sætte fokus på effekten af det samlede patientforløb sat i forhold til omkostningen ved det samlede forløb. Dette perspektiv er svært at være principielt uenig i. Modellen bygger på afregning efter effekt (outcome) i hele patientforløb som drivende kraft. Udfordringerne i dette er betydelige og modellen afprøves på nuværende tidspunkt primært på afgrænsede kliniske områder.

Det er task-forcens opfattelse, at Porters model stadigvæk er i udviklingsfasen og at den mere er et idealbillede end en færdig model. Det er ikke en model, der er moden til implementering. Samtidig er det task forcens opfattelse, at modellens styrke er tvivlsom i en dansk kontekst. Modellen er på flere områder ikke umiddelbart kompatibel med Region Hovedstadens strategiske ledelsesmæssige fokus, der fokuserer på afbureaukratisering, mindre styring og mere tillidsbaseret ledelse.

Task-forcen anbefaler, at der i processen med at udvikle en ny styringsmodel i Region Hovedstaden lægges vægt på at skabe en balanceret styringsmodel, der bygger på ledelse og ikke-økonomiske styringsredskaber kombineret med en afregningsmodel, hvor økonomiske incitamenter i bedste fald understøtter den ønskede udvikling, og som minimum, at incitamenterne ikke modarbejder den ønskede udvikling. Drivkraften i udviklingen bør være den ledelsesmæssige indsats, ikke den økonomiske styringsmodel.

Task-forcen finder det afgørende at vurdere om en enkelt afregningsmodel er tilstrækkelig til at dække den samlede aktivitet på hospitalerne, eller om der bør arbejdes med en kombination af flere modeller for at sikre, at afregningsmodellen konkret passer til det faktiske behov. Akutfunktioner, kroniske patienter og elektive kirurgiske funktioner har væsentligt forskellige styringsmæssige udfordringer og dermed muligvis behov for tilpassede afregningsmodeller. Den registreringsmæssige og administrative byrde ved den/de valgte modeller bør endvidere inddrages i vurderingen. Erfaringen er, at det kan være administrativt tungt at anvende datadrevne styringsmodeller, hvilket skal sættes i forhold til ge-

vinsten. I praksis kan flere modeller betyde, at der indføres rammestyring på nogle områder og anvendes andre typer af økonomiske incitamenter på andre afgrænsede områder.

Målsætningen bør således være at sikre, at styringsmodellen har begrænset kompleksitet, understøtter det ledelsesmæssige og politiske fokus - og særligt at den ikke modarbejder det. I udviklingen af en ny styringsmodel er det afgørende at vægte økonomiske incitamenter i en afregningsmodel op imod muligheden for anvendelse af driftsmålstyring sammen med understøttelse af det, der giver værdi for patienten.

Det er ligeledes vigtigt at beslutte, hvad værdi for patienten er i Region Hovedstadens styringsmodel – hvad det er modellen skal understøtte. I Region Hovedstaden, bør værdi for patienten ikke bare ses outcome/omkostning i en Portersk tankegang. Det er vigtigt at definitionen ligger tættere op ad regionens strategiske indsatser og de nationale mål for kvalitetsarbejdet, så det bliver en understøttelse af den ledelsesmæssige indsats.

3. Styring i Region Hovedstaden

Med en styringsmodel forstås regionens samlede styring. Det vil sige mål, procedurer, opfølgningssystemer, ledelsesinformation, økonomiske incitamenter mv.

Med afregningsmodel forstås mere specifikt den økonomiske model, der fordeler midler på hospitalerne (eventuelt videre til afdelingerne) samt de økonomiske incitamenter, der er indbygget afregningsmodellen. Afregningsmodellen er dermed en delmængde af styringsmodellen.

Som supplement til den økonomiske styring anvender Region Hovedstaden driftsmålstyring, som fælles styringsmodel. Driftsmålstyringen består af en række koncernfælles mål, der er udrullet på alle niveauer i organisationen. Målene dataunderstøttes og anvendes til løbende forbedring ved tavlemøder. Der er ikke koblet økonomiske incitamenter til driftsmålene.

Alle elementer i styringsmodellen kan inddrages, ved udarbejdelse af en model til understøttelse af værdi for patienten, ikke kun afregningsmodellen og økonomiske incitamenter.

3.1. Driftsmålstyring i Region Hovedstaden

Driftsmålstyring er et led i arbejdet med Fokus & Forenkling. Driftsmålstyringen hjælper organisationen med at omsætte overordnede mål til konkrete lokale mål for hvert enkelt hospital, center og afdeling for til sidst at ende med mål for den enkelte medarbejder. Målene synliggøres på en række lokale målstyringstavler, som medarbejdere og ledere samles om én gang om ugen. Her sammenlignes måltallene med de aktuelle data, der kontinuerligt indsamles fra driften. Tavlerne skal skabe synlighed om man er på vej mod målet, står i stampe eller om det går den forkerte vej. Derefter diskuterer ledere, medarbejdere - og nogle gange også patienter - de forskellige handlemuligheder, og der træffes en beslutning.

Med driftsmålstyring er der tilvejebragt en infrastruktur til at sætte fokus på de vigtigste udviklingsområder og parametre, der ikke dækkes af afregningsmodellen. Det er et redskab, der giver mulighed for at prioritere ressourcerne, hvor de giver den største forbedring for både patienter og personale uafhængigt af økonomiske incitamenter. De konkrete mål i driftsmålstyringen kan løbende tilpasses for at sætte fokus på prioriterede mål. Løbende patienttilfredshedsmålinger indgår i driftsmålstyringen, som et mål for det der giver værdi for patienten.

3.2. Takststyring i Region Hovedstaden

Den nuværende afregningsmodel er takststyring. Takststyringsmodellen har haft enkelthed og gennemsikkelighed som udgangspunkt. Imidlertid har ønsket om ”retfærdighed”,

skift i overordnede styringsvilkår m.v. over årene betyder tilpasninger, ændringer og undtagelser, som hver for sig har været velbegrundede, men som sammenlagt har øget kompleksiteten og gjort modellen mindre gennemskuelig.

Erfaringer peger på behovet for kontinuitet i de afregningsmekanismer, som hospitalerne underlægges. Hospitaler er meget store organisationer, hvor gennemførelse af ændringer kan tage år, før de får den ønskede effekt. Samtidig medfører hyppige ændringer i afregningsmodellen transaktionsomkostninger og dermed tab af produktivitet. Modellen er derfor designet, så den løbende kan optage f.eks. landsdækkende initiativer, uden at enkeltheden og gennemskueligheden sættes over styr.

Formålet med aktivitetsafhængig bevillingsstyring er at sikre en sammenhæng mellem præsterede aktiviteter og bevillinger, hvor afvigelser fra aktivitetsforudsætningerne udløser ændringer i den bevillingsmæssige ramme.

Bornholms Hospital er ikke omfattet af takststyringsordningen, da det med budgetaftalen for 2016 er besluttet, at hospitalet skal være udviklingshospital for styring efter værdi for patienten. Fra 2017 er Hjertecenteret heller ikke omfattet.

Opsummerende gælder for takststyringsmodellen:

Afgrænsning af aktivitet

Takststyring omfatter somatisk sygehusbehandling som udgangspunkt afgrænset på samme måde som i reglerne for de statslige aktivitetsafhængige bidrag til regionerne.

Mer/mindreaktivitet.

Det enkelte hospital kan ikke uden forudgående forelæggelse for administrationen planlægge med et udvidet aktivitetsniveau med forudsætning om efterfølgende tilførsel af midler via takststyringsordningen. Ligesom meraktivitet i forhold til præstationsbudgettet kun udløser en korrektion af hospitalets driftsbudget med en merbevilling, hvis der på forhånd foreligger en godkendelse af den konkrete meraktivitet.

Ved mindreaktivitet i forhold til præstationsbudgettet sker en automatisk korrektion af hospitalets driftsbudget med en mindrebevilling. Mindrebevillingen beregnes som 50 pct. af drg-værdien af afvigelsen. Dette kan i særlige tilfælde fraviges, hvis hospitalet kan godtgøre, at den marginale mindredrift afviger væsentligt herfra.

Hospitalsdirektionen fordeler eventuelle mer- eller mindrebevillinger til de udførende afdelinger/enheder under hensyntagen til aktiviteten.

Budgetfastlæggelse.

Præstationsbudgettet fastlægges i forbindelse med budgetlægningen. Præstationsbudgettet fastlægges på hospitalsniveau som drg-værdien af aktivitetsmåltallene for sygehusudskrivninger og ambulante besøg. Drg-værdi beregnes som udgangspunkt som beskrevet i det landsdækkende takstsystem.

Kryb-loft.

For at fastholde høj budgetsikkerhed og for at undgå utilsigtede virkninger af ordningen kan administrationen fastlægge "loft" for, hvor stor værdistigning, der kan forekomme. En stigning ud over loftet, som følge af ændringer i registreringspraksis fraregnes efterfølgende ved opgørelsen af hospitalets aktivitetsresultat. Stigning i gennemsnitsværdi som følge af dokumenterede ændringer i patienttyngde kan godskrives.

Korrektioner i løbet af året.

Der foretages regulering af præstationsbudgettet i årets løb, hvis der sker korrektioner af driftsbudgettet, der har konsekvenser for aktiviteten omfattet af præstationsbudgettet. Endvidere kan der ske tilpasninger af drifts- og præstationsbudget, hvis der gennemføres omlægning af patientbehandlingen, herunder fx fra stationær til ambulans behandling, overgang til sammedagsbehandling, telemedicin.

For de aktivitetsområder, der ikke indgår i modellen, gælder de generelle styringsprincipper for regionen. Ændringer i aktivitetsniveauet for disse afgrænsede områder omfattes dermed af den almindelige rammestyring uden for takststyringsmodellen.

Produktivitetskravet

I de årlige økonomiaftaler med staten er det forudsat, at 2 pct. af væksten i sundhedsudgifterne skal realiseres ved produktivetsforbedringer. Forudsætningen videreføres i Region Hovedstaden til aktivitetsbudgetterne på hospitalerne. I Budget 2017 er det således forudsat, at aktiviteten på hospitalerne i 2017 skal øges med 2,0 pct., svarende til de 2,0 pct. fra økonomiaftalen.

Udmøntningen af de 2 pct.s produktivetskrav har varieret fra år til år i Region Hovedstaden. Enkelte år er der påført hospitalerne differentieret produktivetskrav på baggrund af de nationale produktivetsundersøgelser, andre år har alle fået samme krav.

I 2017 er det en forudsætning, at minimum halvdelen af produktivetskravet (dvs. 1 pct.) udmøntes ved konkrete forhøjelser på de afdelinger, hvor der kan forventes at være ventetidsudfordringer eller stigende aktivitet i øvrigt. Dette vil kunne indebære, at der skal foretages en intern ressourceomfordeling fra afdelinger, der ikke har aktivitetsvækst til afdelinger med stigende aktivitet.

Konkrete styrker ved brug af takststyring og DRG

DRG-systemet blev taget i brug i slutningen af 1990'erne for at vurdere sammenhænge mellem aktivitet og omkostninger på sygehusene. Siden er det blevet anvendt i mange andre sammenhænge også - fra 2002 til aktivitetsbaserede afregningsmodeller som Region Hovedstadens Takststyringsmodel.

Takststyringen er blevet benyttet til at etablere en sammenhæng mellem aktivitet og udgifter og har betydet, at der langt ud i organisationen er etableret en betydelig omkostningsbevidsthed. Der er således en bred forståelse af at etablering af nye behandlinger betyder en merudgift.

DRG-værktøjet har sammen med takststyringen også betydet, at der er en entydig regneenhed, der benyttes i forbindelse med flytning af funktioner mellem hospitaler. Aktiviteten afgrænses og værdisættes ved hjælp af DRG-værktøjet. Dette bruges som et fælles og entydigt udgangspunkt i drøftelserne mellem hospitaler ved flytninger af funktioner mellem hospitaler, i modsætning til tidligere, hvor hver part opgjorde henholdsvis udgiftsbehov og faktiske udgifter.

Brugen af DRG-værktøjet har medført en øget gennemsigtighed i, hvad der foregår i hospitalsvæsenet. Inden ibrugtagningen af DRG-værktøjet var måleenhederne udskrivninger, sengedage, ambulante besøg og kapacitetsmålene antal senge og belægningsprocenter. Med DRG-værktøjet etableredes et fælles værktøj for dialog mellem administratorer og klinisk personale med den fordel, at der dokumenteres forskelle i casemix og dermed resourcebehov for forskellige behandlinger.

Endelig har DRG-værktøjet siden slutningen af 90'erne været brugt til at dokumentere produktivitetstigningerne i hospitalsvæsenet og har således fungeret som et dokumentationsredskab i forbindelse med de årlige økonomiforhandlinger mellem stat og regioner.

Ulemper ved takststyringen

Hovedprincipperne i modellen har ikke været ændret siden opstarten af Region Hovedstaden i 2007. Det har i høj grad betydet en tilpasning af adfærden til den økonomiske styringsmodel.

Task forcen har i forbindelse med sit arbejde indsamlet konkrete eksempler på adfærdstilpasninger og uintenderede virkninger af modellen:

- Mekanisk videreførsel af produktivetskravet til afdelingerne betyder, at afdelinger er uden chance for at påvirke aktiviteten. Eksemplet fra 2016 er fødeafdelingerne, der ikke kan påvirke aktiviteten fra år til år. Det nemme greb for budgetoverholdelse af aktivitetsbudgettet er derfor, at der igangsættes ekstra aktivitet hvert år som for eksempel flere scanninger eller jordemoderbesøg.
- Manglende innovationslyst på afdelingsniveau. Reglerne og procedurerne for korrektioner i aktivitetsbudgetterne forekommer uoverskuelige for afdelingsniveauet. Der er således indsamlet eksempler på, at nye test, som betyder et markant fald i antallet af ambulante besøg, ikke indføres, da det opleves kompliceret at få justeret sine aktivitetsbudgetter
- Manglende helhedssyn. Der er ikke et systematisk incitament til at nedjustere aktiviteten, på områder med vigende aktivitet eller ny medicinsk viden. Eksemplet her er fra en ortopædkirurgisk afdeling. Der argumenteres for, at der ikke er incitament til at omlægge behandlingen til mere konservativ behandling, da det som følge af takststyringsmodellen betyder nedjustering af personalekapaciteten. Omprioritering mellem afdelinger og hospitaler vanskeliggøres derved.

- Endelig er der også problemstillinger genereret af udformningen takstsystemet. Eksemplet her er, hvor taksten ikke afspejler ressourcetrækket i organisationen, som f.eks. forskel i niveauet på akutambulant takst og den 'billigste' udskrivning kan lede til indlæggelser i stedet for ambulant besøg. Tilsvarende forskel kan for eksempel ses mellem taksten for en telefonkonsultation og et ambulantbesøg.
- Forandringsbarrierer. Omlægning af patientforløb kræver, at den økonomiske effekt af omlægningen kan gennemskues. Ugennemskuelighed eller manglende kendskab til takststyringsmodellen øger afdelingens driftsøkonomiske risiko ved forandringer. Det kan være en barriere for fornuftige ledelsesmæssige beslutninger.

4. Værdibaseret styring

Forbedrede behandlingsmuligheder, en aldrende befolkning og øget adgang til effektiv behandling skaber et konstant pres på økonomien i sundhedsvæsenet. Ingen lande har hidtil fundet effektive løsninger på problemet, men værdibaseret styring er et af de bud på en løsning, der drøftes disse år.

Den værdibaserede styring er udviklet af Harvard Professor Michael E. Porter og er beskrevet i bogen *"Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results"* samt i en række artikler i videnskabelige kliniske tidsskrifter¹.

Målet med værdibaseret styring er at skabe størst mulig sundhedsrelateret effekt (outcome) for patienten inden for de givne økonomiske rammer. Fokus skal via en ændret afregningsmodel, flyttes fra leverance af de enkelte ydelser i forløbet til det samlede sundhedsrelaterede effekt. Værdi i Porters definition er lig effekten af det samlede forløb divideret med omkostningen opgjort for samlede patientforløb.

What we all must aspire to – improving health care value



Pointen virker umiddelbart indlysende og er svær at være principielt uenig i – fokus bør være at få mest sundhedsrelateret effekt for pengene.

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

Porter opgør i sin model effekt på individniveau, med kliniske kvalitetsparametre samt patientrapporterede effektmålinger, PROM.

4.1 Porters model konkret: De 6 komponenter

Modellen er beskrevet i artiklen *What is Value in Health Care* og oversat af KORA i rapporten *Værdibaserede strategier i sundhedssektoren*, 2015. Beskrivelsen i det følgende er forkortet uddrag fra KORAs rapport.

Porters værdibaserede styrings 6 hovedkomponenter:

1. *Behandlingen skal organiseres i integrerede enheder.* Tanken er at behandlingen skal organiseres omkring sygdomsgrupper fremfor omkring de lægelige specialer, så silotænkningen minimeres.
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. Effektmål er sygdomsspecifikke.
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.

4.2 Effektmåling i Porters model

Porter sætter effekten for patienten i centrum ved at se på resultater på tre niveauer af effekt, der har betydning for den enkelte patient.

Niveau 1: Opnået eller bevaret sundhedsstatus
• Overlevelse
• Graden af opnået sundhed eller generhvervet sundhed
Niveau 2: Helbredelsesprocessen
• Tid til helbredelse
• Negativt udbytte af pleje- eller behandlingsprocessen
Niveau 3: Bæredygtigheden af sundhedstilstanden
• Bæredygtigheden af den opnåede sundhed eller helbredelse
• Langsigtede konsekvenser af terapi

I Porters effektmålings-hierarki er det vigtigste ”1. opnået sundhedsstatus”, der er umiddelbart resultat (overlevelse og genopnået sundhed). Under ”2. helbredelsesprocessen” er

sundhedsvæsenets evne til at hjælpe folk med at komme sig hurtigst muligt. Det tredje niveau i hierarkiet om ”bæredygtighed”, sætter fokus på holdbarheden af opnået sundhed og langsigtede konsekvenser af behandlingen.

Modellen kræver måling af helbredsstatus i en længere periode efter afsluttet behandling, og effekten vil kunne påvirkes af flere institutioner og sektorer i en række patientforløb.

4.3 Vurdering af værdibaseret styring

Porter anser organiseringen af sundhedsvæsenet som en barriere for at have fokus på det samlede forløb, herunder effekt for patienten. Afregning for samlede forløb understøtter en samling af ansvar på tværs af organisatoriske enheder og sektorer. Porters model har derved et bredere fokus end blot incitamenter og afregning i den nuværende struktur, men har også til formål at ændre organiseringen af sundhedsvæsenet.

Porter skriver, at sundhedsvæsenet ikke har fokus på effekt (outcome) og ikke måler hvad den enkelte patient oplever af effekt – men har fokus på antallet af behandlinger og operationer, der gennemføres.

Den teoretiske kritik af en aktivitetsbaseret takststyringsmodel kan understøtte dette synspunkt. Det er imidlertid vigtigt, at selvom afregningen sker efter aktiviteter i takststyringsmodellen, er det ikke det samme som sundhedsvæsenet hovedløst leverer aktiviteter uden fokus på, om det giver mening. Der er gennem en årrække sket en tilpasning af ydelserne, fulgt op på patienttilfredsheden og arbejdet med udviklingen af den kliniske kvalitet med fokus på, hvad der gavner patienten.

Porters fokus på patientrapporterede effektmål har den grundlæggende udfordring, at der for det første mangler valide data, som vi kan bruge til at finde ud af, hvilke mål vi skal stille op for den enkelte patient eller den enkelte diagnose. Hvad er for eksempel realistisk at have som mål for behandlingen af en KOL-patient – set fra patientens eget perspektiv? Det ved vi ikke nok om. Og vi mangler også data, som kan dokumentere, om vi så når de mål, vi sætter os.

De udvalgte patientforløb, hvor der er udarbejdet mål, er karakteriseret ved, at der er mange kvalitetsparametre og PROM-data til relativt enkle forløb. For at det skal kunne anvendes i en afregningsmodel, skal det sammenvejes meningsfuldt. Mængden af forskellige patientforløb og effektparametre skaber en kompleksitet som Porters model har ikke overbevisende løsning på.

Værdibaseret styring er en teoretisk funderet model, der endnu ikke er bredt implementeret i en hel hospitalsorganisation. Der er ikke erfaringer med, om modellen skaber ændret adfærd. Samlet set er Porters model tiltalende i sin grundtanke, men det er endnu uklart, om det kan fungere i praksis og modellen er ikke tilstrækkeligt udviklet eller afprøvet til at den kan anvendes bredt, den er ikke indrettet til at håndtere komplekse forløb og multisyge.

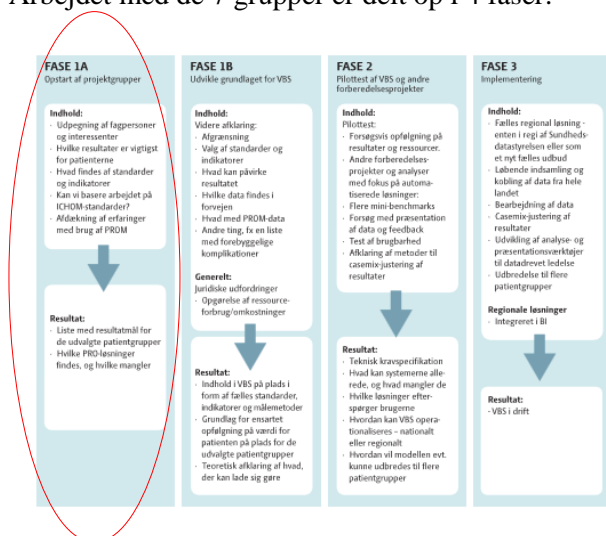
Porter sætter med modellen fokus på nogle reelle udfordringer i sundhedsvæsenet, men løsningen fremstår ufærdig og særligt kompleksiteten bliver en udfordring at håndtere meningsfuldt. På nuværende tidspunkt er kobling af økonomiske incitamenter til PROM ikke realistisk.

5. Regionale initiativer i Danmark - værdibaseret styring

Der er på landsplan igangsat et udredningsarbejde omkring værdibaseret styring for at afdekke mulighederne i Porters model. I regi af dette arbejde er der udvalgt områder, hvor der skal igangsættes nationale forsøg.

De nationale tiltag omkring værdibaseret styring indebærer bl.a. en systematisk opfølgning på effekt af de konkrete behandlinger. Det skal bl.a. ske via de kliniske databaser og etablering af målinger af patient rapporterede oplysninger (PRO).

Indtil videre er der igangsat et arbejde for 7 patientgrupper heraf 2 i Region Hovedstaden Angst og Depression og et område i Hjertecenteret som endnu ikke er udvalgt. Arbejdet med de 7 grupper er delt op i 4 faser:



Projektet er lige nu i fase 1, som varer indtil marts 2017. Her skal der inden afslutningen af fasen have været etableret projektledelse bestående af en administrativ projektleder og en klinisk projektleder, etableret en "Outcome-gruppe" bestående af kliniske repræsentanter fra hele landet, de kliniske databaser, patienter og administrative personer. Der skal udføres analyser af population og afgrænsning af forløb til brug for opfølgningen på outcomes på behandlingsområdet og afdækning af om der er relevante datakilder, der understøtter de udvalgte outcomemål.

Dette indebærer, at der er et ganske betydeligt administrativt arbejde og mindst et års arbejde for de 7 grupper, inden der kan etableres egentlige afregningsmodeller på områder-

ne. De foreløbige erfaringer fra arbejdet omkring værdibaseret styring både nationalt og internationalt tyder på, at en ”oversættelse” heraf til en generel afregningsmodel fortsat er vanskelig. Det er derfor fortsat task-forcens vurdering, at en oversættelse af værdibaseret styring til brug i en afregningsmodel, vil medføre et betydeligt kompleksitetsniveau.

Udover de 7 forsøg er der i gangsat udvikling af nye regionale styringsmodeller og forsøg på udvalgte områder. Det forsøg, der er tættest på at være en Porter baseret model er Hjertecenter-projektet i Region Hovedstaden.

5.1. Region Hovedstadens egne styringsinitiativer

Region hovedstaden har iværksat to pilotprojekter, hvor Bornholms Hospital og Rigshospitalets Hjertecenter er udvalgt til at afprøve nye styringsmæssige muligheder. Det vil sige, at de fritages for regionens takststyringsmodel for i stedet at skulle udarbejde en model at styre efter, der giver værdi for patienterne.

Udviklingshospital Bornholm

Projekt Udviklingshospital Bornholm blev igangsat med indgangen til 2016 og har fokus på initiativer med værdi for patienten i en Bornholmsk kontekst. Fokus er på tværsektorielt samarbejde og sammenhængende patientforløb.

Udviklingshospital Bornholm lægger vægt på samarbejdet med patienten og de pårørende og tager udgangspunkt i, at det enkelte menneske er unikt, med forskellige ønsker og behov. Organiseringen og den måde patienter og pårørende mødes og inddrages på, er fokuseret på at skabe værdi for patienten. Det gøres mere konkret ved at identificere og styrke de ydelser på tværs af afdelinger, hospitaler og sektorer, der forbedrer patienternes forløb – og nedjustere eller fjerne de u hensigtsmæssige ydelser, der i højere grad belaster end gavner patienten. Ambitionen er både at demonstrere større værdi for patienten og øget økonomisk effekt som følge af mere hensigtsmæssig ressourceudnyttelse.

Forventningen er, at der kan skabes fokus på hele patientforløbet før, under og efter behandling og dermed fokus på samarbejdet med kommune og praksissektor omkring det, der giver værdi for patienten.

De første konkrete erfaringer i projektet er så småt ved at indløbe. Således er teknikken til at afholde videokonferencer på tværs af sektorerne er på plads og virker. Der er initialt afholdt tre egentlige konferencer, og tilbagemeldingerne er positive fra alle parter. Logistik og inklusionskriterier giver udfordringer, men det er vi ved at få styr på. Målet er inden juni at afholde ca. en konference pr. dag. Særligt de praktiserende læger begynder nu også at se relevansen i dette således har ca. halvdelen af lægerne på Bornholm tilkendegivet, at de ønsker at deltage i projektet.

Erfaringerne er også, at arbejdet med værdibaseret styring er meget mere end afregningsmodel, da det påvirker mange af de indgroede vaner. Ex. Tidspunkter for ambulante besøg, inddragelse af pårørende og planlægning udfra, hvad der passer den enkelte patient bedst. Forudsætning for ændringerne er, at denne kultur og holdningsændring prioriteres og italesættes ledelsesmæssigt.

Sammenhæng og samhørighed på tværs af sundhedsvæsenet er helt centralt for at værdi for patienten, som led i værdibaseret styring, bliver tydelig. Tilsvarende på hospitalet. Planlægning og fokus sker mere med udgangspunkt i den enkelte afdeling og det enkelte lægelige speciale, end med fokus på patientens samlede forløb.

Hjertecenteret som forsøgslaboratorium

Udgangspunktet for værdibaseret styring på Hjertecentret er at skabe gode rammer for det kliniske arbejde og at organisere patientforløbene så det giver mest mulig værdi for patienten. Det er ambitionen, at en model for værdibaseret styring kommer til at medføre et markant øget ledelsesmæssigt fokus på patientnære resultatmål. Det betyder også, at værdi for patienterne sættes i centrum for tilrettelæggelse af nye patientforløb og for de løbende fremadrettede forbedringer på Hjertecentret. Samtidig fastholdes fokus på effektivitet og de samlede omkostninger. Det forventes for eksempel, at projektet vil medføre en række organisatoriske ændringer i Hjertecentret, som skal modvirke 'søjletænkning' og understøtte åbent og fleksibelt samarbejde på tværs af specialer og organisatoriske enheder, således at patienterne oplever et mere sammenhængende forløb i Hjertecentret.

Det er endnu ikke afklaret hvilke styringsmæssige mekanismer der kommer i spil i projektet.

5.2. Besøg i de tre regioner

Task forcen har i efteråret 2016 besøgt tre regioner Syd, Midt og Sjælland, der alle har været fremme i den offentlige debat i forbindelse med diskussioner af nye styringsmodeller.

De besøgte regioner er alle i gang med at finde alternativer til takststyringen og som udgangspunkt videreudvikles på allerede eksisterende og kendte modeller og metoder. Alle sammen med samme formål nemlig at reducere aktiviteter på hospitalerne, der kan kendetegnes spild og for at imødekomme pres i form af nye behandlinger og stram økonomi. Ingen af de besøgte regioner tager i deres initiativer udgangspunkt i modeller omkring værdibaseret styring, som formuleret af Michael Porter.

Det er task forcens opfattelse, at fokus regionalt i dag er rettet mod udførelse af den rigtige produktion og at udrednings- og behandlingsgarantier overholdes – dog under den betingelse at finansieringen fra den statslige aktivitetsordning, kommunale medfinansie-

ring og evt. indtægter fra udenregionale aktiviteter bibeholdes. Fokus er således fortsat balance i forhold til udbud og efterspørgsel/patientrettigheder, men ikke koblet ensidigt til aktivitets(vækst), men snarere til det generelle styringsfokus.

Der arbejdes på forskellig måde med at gennemføre kulturændringen. I Region Syddanmark sker dette bl.a. gennem en ny fælles lederuddannelse med udgangspunkt i den IHI-inspirerede Virginia Mason forbedringsmodel og en decentralisering af budgetansvaret for forbruget på fremmede sygehuse, her defineret som populationsansvar. I første omgang udvælges et antal afdelinger, der er omfattet af forsøget.

I Region Midtjylland er den fremtidige model fortsat under udarbejdelse og benævnes ”Et sundhedsvæsen på patientens præmisser”. Her tages udgangspunkt i triple aim tankegangen om forbedringer i befolkningens sundhedstilstand, høj patientoplevet kvalitet og lave omkostninger pr. borger. Ledelsestiltaget er også her italesættelse af aktivitet er godt, hvis det er den rigtige aktivitet og produktivitet hentes andre steder med andre ord fokus på, at der er tale om et kulturprojekt.

I begge regioner er der desuden på toplederniveau givet håndslag på, at finansieringen fra de aktivitetsbaserede ordninger opretholdes på nuværende niveau eller, at der kan indhentes omkostningsreduktion ved aktivitetsnedgang.

Fokus i Region Sjælland er fortsat initiativet *Værdi for borgeren*. Her belønnes overholdelse af behandlings- og udredningsretten, overholdelse af kræftpakkerne og målopfyldelse i forhold til de kliniske databaser. Udgangspunkt for styringen er fortsat en stram økonomi i regionen, så derfor er forbruget på de fremmede sygehuse også her et hospitalsansvar.

5.3. Task forcens vurderinger

Grundtanken i de tre besøgte regioner er at flytte fokus væk fra produktionsperspektivet og over mod ledelsesmæssige prioriteringer, der skal sikre en meningsfuld aktivitet.

En fællesnævner i alle regioner er, at der implementeres modeller der løser lokale problemstillinger og benytte erfaringer fra allerede gennemførte forsøg. Der er således ikke implementeret nyskabende alternative afregningsmodeller.

Task forcens vurdering er, at ændringerne er primært kulturforandringsprojekter, hvor leders og medarbejders fokus flyttes mod ”Hvad vi ikke længere skal lave” og ”hvad der giver værdi for patienten”. Kun Region Sjælland satser på økonomiske incitamentter til at sætte udvalgte områder på den ledelsesmæssige dagsorden.

6. Overvejelser om ny styringsmodel i Region Hovedstaden

Styringsmodellen sætter rammerne for regionens samlede styring og skal understøtte det overordnede mål.

I valg af styrings- og afregningsmodel foreslås det, at følgende formål skal understøttes:

- A. Understøtte fokus på aktiviteter, der giver mest værdi for patienten
- B. At sikre økonomisk råderum på ca. 400 mio. kr. årligt til nye behandlinger og omprioritering på tværs af specialer og hospitaler.
- C. At sikre en stabil økonomi og holde den økonomiske ramme.

Værdi for patienten

Styringsmodellen skal understøtte fokus på værdi for patienten og understøtte de politiske målsætninger om:

- Patientens situation styrer forløbet – et mere menneskeligt sundhedsvæsen
- Høj faglig kvalitet og fokus på effekt (outcome)
- Mindske spild og undgå takstgenereret aktivitet

Omprioritering

For at sikre omfordeling af ressourcer på tværs af enheder og specialer, samt at sikre ressourcer til nye behandlinger og udvikling af sundhedsvæsenet, er det afgørende, at der indarbejdes en mekanisme til omprioritering af midler. Der skal forventeligt etableres et ”omprioriteringsbidrag” i størrelsesordenen 400 mio. kr. årligt. Omprioriteringen kan indtænkes i modellen som et muligt alternativ til produktivitetsmål.

Stabil økonomi

Det er afgørende at en ny styringsmodel sikrer en solid styring af driften og overholdelse af den økonomiske ramme. Styringsmodellen skal således tage højde for de risici, der er ved skift af styringsmodel under uændrede rammebetingelser, herunder kommunal medfinansiering og statslig meraktivitetspulje

6.1. Principper for værdibaseret styring i Region Hovedstaden

Værdibaseret styring skal ses i sammenhæng med den overordnede ledelsestænkning i regionerne, hvor der er øget fokus på ledelsesopgaven og på styring. F.eks. er den danske kvalitetsmodel nyligt afskaffet bl.a. i erkendelse af, at modellen medførte ganske betydelig registrerings- og dokumentationskrav uden oplevelse af tilstrækkelig positiv effekt på sundhedsvæsenet. Introduktion af et nyt styringssystem, der omfatter afregning, bør derfor bl.a. ses i sammenhæng med denne erfaring og i sammenhæng med det overordnede ledelsesparadigme. Særligt bør et nyt styringssystem vurderes kritisk i forhold til, om det realistisk understøtter den styrings- og ledelsesmæssige kerneudfordring, eller om den ønskede effekt kan nås med andre mekanismer.

Region Hovedstaden har som en af sine overordnede politiske målsætninger, at patientens

situation skal styre forløbet. Sundhedsvæsenet skal altid tage udgangspunkt i det enkelte menneske, når patientens forløb tilrettelægges. Patienterne har forskellige forudsætninger for at indgå i behandlingsforløb og opnå det bedste resultat af deres behandling. Derfor skal planlægning og gennemførelse af behandling tage udgangspunkt i patientens situation, forudsætninger, ressourcer og motivation.

Regionen har ligeledes et politisk mål om afbureaukratisering. Unødige processer og bureaukrati skal afskaffes. Ledelsesmæssigt er der et klart fokus på at udvikle Regionerne mod mindre styring og mere tillidsbaseret ledelse. De helt grundlæggende udviklingspres og udfordringer, som sundhedsvæsenet står over for, kan ikke løstes med styring – det kræver ledelse.

En styringsmodel skal understøtte den ledelsesmæssige udviklingsindsats, men kan ikke være den drivende faktor. Styringsmodellen skal således sikre, at lederne og medarbejderne får bedre rammer til at nytænke og udvikle de kliniske processer og arbejdsgange - i højere grad ud fra dét, der betyder noget for patienten og de pårørende. Modellen skal ligeledes være enkelt og gennemskuelig.

Principperne for den fremtidige afregningsmodel bør derfor være:

- Enkelthed og gennemskuelighed
- Retfærdighed og troværdighed
- Minimering af unødige processer og bureaukrati

Der er ofte fokus på takststyringens aktivitetsdrivende effekt. Vækst i aktiviteten kan håndteres og er i vidt omfang håndteret i Region Hovedstaden i dag med et loft. Det er imidlertid afgørende at skabe drivkraft til at afvikle aktiviteter og nedjustere kapaciteten, hvor det er muligt, uden at det har mærkbar sundhedsmæssig effekt. Særligt i situationer, hvor det kræver, at personaleressourcer skal reduceres eller omplaceres, er der en barriere for effektivisering eller afvikling af aktivitet. Den ledelsesmæssige udfordring ved dette findes uafhængigt af styringsmodel.

Udvikling af en fremtidig afregningsmodel bør risikoafstemmes med statens finansiering af regionerne, for at sikre stabil økonomi og rammeoverholdelse. Der er endvidere behov for, at klarlægge hvilke udviklingstiltag der er vigtigst at understøtte.

6.2. Finansierings- og afregningsmodeller

Begrebet ”finansieringsmodel” anvendes om systemet, der tilvejebringer regionens samlede økonomiske ramme. Det er statens økonomiske styring af regionen.

Begrebet ”afregningsmodel” dækker den økonomiske model, der fordeler midler på hospitalerne (eventuelt videre til afdelingerne) samt de økonomiske incitamenter. Det er regionens styring af hospitalerne og de tværregionale virksomheder.

I valget af fremtidig økonomisk styringsmodel (afregningsmodel) er der en række eks-ternt givne faktorer, der skal indgå i overvejelserne. Finansieringen af regionen bygger i dag delvis på aktivitetsafhængige bevillinger. Det danner rammen for valget af fremtidig styringsmodel/afregningsmodel i regionen.

I bilag 1 er opgjort hvor stor en del af Region Hovedstadens økonomiske grundlag, der beror på aktivitetsafhængige bevillinger. Samlet er det ca. 10 mia. årligt, der tilføres på baggrund af aktiviteten.

Der pågår drøftelser om justering af finansieringsmodellen på nationalt plan, men udgangspunktet for nedenstående overvejelser er den nuværende finansieringsmodel.

Det er task forcens anbefaling, at der i valg af model sikres, at tab af finansieringsgrundlag modsvares af omkostningsreduktioner.

Internationalt arbejdes der med fire dominerende afregningsmodeller indenfor sundheds-væsenet: Ydelsesafregning, DRG, Rammebudgetter og Capitation. Disse modeller anvendes enten som enkeltstående afregningsmodeller eller i kombination.

Ingen af disse overordnede modeller har i sig selv indbyggede incitamenter til at fremme hverken kvalitet eller omkostningseffektivitet. Derfor er der, med dette sigte, gennem de senere år udviklet tre typer af modeller ovenpå de traditionelle finansieringsmodeller.

Det drejer sig om

- Tillægsafregning. Dvs. bonus for specifikke mål og indsatser. Afregninger i kombinationer med eksisterende afregningsmetode (P4P)
- Forløbsafregning. Afregning pr. forløb, f.eks. ved kroniske tilstande som diabetes.
- Populationsbaseret betaling. En fast sum for varetagelse af behandling for en bestemt population med krav om opfyldelse af f.eks. kvalitetsmål.

One size does not fit all – the answer is a mix of basic models + overlays

Basis	Fixed payment		Variable payment		
	Period of time	Population	Activity		
Mechanism	Block funding	Capitation (inc. weighted)	Episode / bundled DRG	DRG	Fee-for-service
Impact on...					
Increased activity	Red	Yellow	Green	Green	Green
Cost control	Green	Green	Green	Yellow	Red
Primary prevention	Yellow	Yellow	Red	Red	Red
Secondary prevention	Yellow	Green	Green	Yellow	Red
Care pathway coordination	Red	Green	Green	Yellow	Red

All options can be overlaid with performance incentives, e.g. Pay for Value (P4V) or Pay for Performance (P4P)

SOURCE: Adapted from WHO 2000, Chaffee/Smith 2012, Busse 2011

McKinsey & Company 19

I figuren er vist en samlet oversigt over de forskellige afregningsmodeller, der er gennemgået hvor graden af bundling er stigende fra højre mod venstre. Figurens midterste element viser ved farvemarkeringer modellernes grundlæggende incitamenter. Den nederste del indikerer, at alle modellerne i princippet kan kombineres med afregning for outcome. Modellerne kan også kombineres med en form for overskudsdeling på tværs af udbydere eller som en straf /bøde for manglende målopfyldelse.

Eksempelvis er en rammestyringsmodel velegnet, hvis der ønskes en dæmpet aktivitet og omkostningskontrol. Effekten på både primær og sekundær forebyggelse er usikker, mens der ikke sikres koordination med de øvrige sektorer. Der forudsættes i modellen, at der leveres kvalitet i behandlingen og er fokus på værdi for patienten. Rammestyling fordrer derfor en stor ledelsesmæssig indsats, klare mål og forventninger og skal kombineres med styringsmodellen, hvis der eksplicit ønskes fokus på overholdelse af behandlings- og udredningsgarantier.

Det er ikke muligt at udpege en type af model, som internationalt har vist sig at kunne svare enkelt og fulgyldigt på ønsket om at koble økonomistyring med kvalitetsstyring. Internationalt er der dog gjort en række forsøg med for eksempel Pay for Performance (P4P) og Bundled Payment på for kroniske sygdomsforløb². I en række af forsøgene er inspiration til fokus og indsatser.

I det følgende afsnit beskrives tre overordnede scenarier for afregning, som task forcen har arbejdet med som input til ny økonomistyringsmodel.

Det forudsættes, at driftsmålsstyringen består og tilpasses efter hvilke områder, der bedst håndteres udenfor en afregningsmodel. Det forudsættes også, at modellen designes således, at der sikres rammeoverholdelse af driftsbudgetterne og at der ligesom i dag tilvejebringes et råderum til håndtering af nye behandlinger og medicinudgifter uden for afregningsmodellen.

6.3. Scenarier for styring og afregning.

Erfaringsopsamlingen nationalt og internationalt giver anledning til, at der kan opstilles følgende overordnede scenarier for ny afregningsmodel i Region Hovedstaden i 2018.

Model 1. Rammestyling

Et forslag er at indføre rammestyling. Denne model giver omkostningskontrol og betyder, at det nuværende fokus på produktion og DRG-system forsvinder. Der vil derfor opleves større frihedsgrader på både afdelings- og hospitalsniveau til indførelse af nye måder at organisere arbejdet på og aktivitetsdæmpende indsatser.

² Se f.eks. OECD(2016): *Better Ways to Pay for Health Care*.

Rammestyningen er let at administrere og kan kombineres med andre afregningsmodeller, som f.eks. pay for performance, hvis der ønskes særlig fokus på et område. Eller kan kombineres med kapacitetsstyringsmodeller lokalt, som det i dag er tilfældet i Region Hovedstadens Psykiatri.

Der er med rammestyning imidlertid en risiko for, at der ikke leveres den rigtige aktivitet, at der ikke nedjusteres på kapaciteten i tilfælde af vigende aktivitet og at der ikke nødvendigvis er fokus på overholdelse af behandlings- og udredningsgarantier. Endvidere kan budgetfordelingen også være uklar for afdelingerne. Rammestyrimodellen kan derfor give udfordringer i forhold til det aktivitetsbaserede finansieringsgrundlag fra stat, kommuner og de øvrige regioner i det tilfælde, hvor disse ordninger bevares i deres nuværende form.

En rammestyrimodel følger principperne om enkelthed, gennemsikuelighed og minimering af administration/bureaukrati, men sikrer ikke nødvendigvis en retfærdig fordeling af midler i systemet. Rammestyning stiller krav til udformningen af den tilhørende styringsmodel (driftsmålsstyringen).

Driftsmålsstyringen skal indrettes efter værdi for patienten, sikring af det rette fokus på udrednings- og behandlingsret og vurdering af status i forhold statslig ordning mm..

Model 2. Situationsbestemt afregning.

Takststyringsmodellen har fungeret siden 2002 og har haft en række positive konsekvenser. Modellen har således betydet, at der er blevet større omkostningsbevidsthed. Styrimodellen har dog også en række u hensigtsmæssige effekter og virker bl.a. ikke på områder med stor andel af akutte patienter, hvor det ikke er muligt at styre indtaget af patienter.

Takststyringen er ligeledes i tilfælde med vigende aktivitet også med til at generere 'spild' aktivitet som ekstra kontrolbesøg, ambulante besøg fordelt over flere dage for at opretholde et vist aktivitetsniveau og dermed undgå at tilpasse personalekapaciteten, som ellers vil være konsekvensen af modellen.

Derfor foreslås en model med afregningsmodel afhængig af behandling / speciale, dvs. en kombination af flere modeller på samme tid:

Forløbsafregning

I en sådan model kan eksempelvis indbygges forløbsafregning på områder med problemer med udrednings- og behandlingsgarantierne for at sikre fokus på patienter, der venter og undgå unødvendige ambulante kontroller. Der er muligheder forløbsafregning på for eksempel bypass-behandlinger, med en samlet betaling for patientens forundersøgelse operation og eventuelle kontroller efterfølgende. For kroniker-sygdomme som for eksempel

diabetespatienter eller rygpatienter kan etableres årlig afregning med fast årligt beløb pr. patient for at sikre at patienterne kun indkaldes ved behov.

Der er en række uløste tekniske udfordringer og risiko for strategisk registrering ved forløbstakster.

Rammestyring

For akutte funktioner som for eksempel FAM'erne, hvor det i mindre grad end for elektive funktioner er muligt med en præcis aktivitetsplanlægning/ påvirkning vil rammebudgettering være en god afregningsform.

Fordelene ved en sådan model er, at der benyttes de økonomiske styringsmekanismer på de behandlinger, hvor der er størst effekt. Modellen giver gode muligheder for at afprøve mange forskellige afregningsformer på samme tid og vil således efterkomme ønsker fra centralt hold om at afprøve en værdibaseret styringsmodel (portermode).

Den store ulempe ved modellen er kompleksiteten og de tilhørende administrative ressourcer, der skal benyttes til udformning, opfølgning og vedligeholdelse af modellen. Der er i modellen risiko for, at ikke alle behandlinger opfanges. Modellen vil også betyde en risiko for, at der på afdelingsniveau skal håndteres flere forskellige afregningsformer og giver derfor også betydelige usikkerheder omkring budgettet.

Kompleksiteten i modellen følger ikke principperne om enkelthed, gennemskuelse og minimering af administration/bureaukrati.

Model 3 Modereret takststyring

Økonomiske incitamenter virker og således også takststyringsmodellen. Nogle af de uintenderede effekter er beskrevet i afsnittet om takststyringsmodellen ovenfor. Særligt er uhensigtsmæssigheder og barrierer især observeret på hospitaler, hvor takststyringsmodellen er udmøntet mekanisk på afdelingsniveau uden skelen til afdelingernes casemix.

Det foreslås derfor at moderere den nuværende model til kun at gælde på hospitalsniveau eller for udvalgte behandlinger.

Konkret foreslås, at en løsning kan være at udelade bestemmelsen: *''Hospitalsdirektionen fordeler eventuelle mer- eller mindre bevillinger til de udførende afdelinger under hensyntagen til aktiviteten''*.

Fordelene ved en sådan model er, at der bevares omkostningskontrol og lave administrationsudgifter. Endvidere vil fokus på afdelingsniveau ikke være rettet mod produktionen, og der vil kunne forventes mere fokus på nye arbejdsgange og hensigtsmæssige patientforløb. Samtidig bibeholdes det overordnede ledelsesfokus på omkostningskontrol. Modellen vil endvidere kunne rumme afprøvning af nye styringsformer/afregningsmodeller.

Ulemper ved modellen er, at det ikke er sikkert at fokus på aktivitet på afdelingsniveauet forsvinder, og at det kan være uklart hvorledes fordelinger af mer- og mindreaktivitet vil ske når reglen om fordeling til afdelingerne forsvinder.

Modellen fordrer derfor en ledelsesmæssig indsats og opfølgning på hospitalsniveau, hvor der herfra vurderes hvilke behov og krav, der med rimelighed kan lægges ud på afdelingerne.

En anden mulighed er, at takststyringsmodellen beholdes men udelukkende for elektive område og udvalgte ambulante behandlinger, resten rammestyres.

Fordelen ved en sådan model vil være, at takststyringsmodellen benyttes på de områder, hvor den har størst effekt og hvor afdelingerne har mulighed for at påvirke indtaget af patienter. Modellen vil administrativt være forholdsvis simpel og vil sandsynligvis sikre efterlevelse af aktivitetsforudsætninger fra stat mm.³. Modellen løser ikke problemstillingerne omkring uintenderet adfærd og manglende tilpasning af arbejdsgange eller behov for nedjustering af aktiviteten på afdelingsniveau og indebærer en risiko for at akutte patienter 'skubbes' over i elektiv behandling.

Da takststyringsmodellen er indarbejdet gennem flere mange år og kun anvendes på overordnet niveau, følger den i rimelig grad principperne om enkelthed, gennemskuelighed og minimering af administration/bureaukrati. Det stiller dog nye krav til hospitalsledelserne, der ikke kan anvende samme opfølgningsmetoder som tidligere.

6.4. Den videre proces

Gennemgangen af de forskellige indsatser og modeller for værdibaseret styring har vist, at der ikke eksisterer et entydigt billede af, hvad der lægges i ordet "værdi", og hvordan der arbejdes med "værdibaseret styring" i de forskellige regioner, i de fælles nationale forsøg mv.

Det skal derfor drøftes og besluttes hvilke mål en værdibaseret styringsmodel i Region Hovedstaden skal understøtte, ligesom det er vigtigt at drøfte i hvilket tempo en ny styringsmodel bør implementeres.

Det foreslås på den baggrund, at der sker en faseindel implementering af en ny styringsmodel. En faseinddeling vil muliggøre afprøvning af styringsmodellen på udvalgte områder i 2018, inden modellen implementeres bredere på regionens hospitaler. Derved kan der opnås og indarbejdes erfaringer fra Udviklingshospital Bornholm, Hjertecentret samt de udvalgte områder, inden modellen udrulles bredere senere.

³ Modellen svarer i hovedtræk til Region Syddanmarks nuværende takststyringsmodel

Det vil betyde, at mulige områder for yderligere afprøvning af ny styringsmodel skal identificeres i 2017.