



# Styringsgennemgang – virker den statslige styring af det regionale sundheds- væsen?

*Den statslige styring af det regionale sundhedsvæsen skal tilpasses, så den understøtter et effektivt sundhedsvæsen med fokus på at producere mere af den rette aktivitet snarere end blot mere aktivitet.*



**AF MICKAEL BECH, DIREKTØR OG PROFESSOR, BETINA HØJGAARD, PROJEKTCHEF, JAKOB KJELLBERG, PROFESSOR OG PROGRAMLEDER, VIVE – DET NATIONALE FORSKNINGS- OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD**



Styring af sundhedsvæsenet er til debat med et stærkt fokus på statens styring af aktivitet og produktivitet. Senest har det resulteret i suspenderingen af kravet om 2 % produktivitetsstigning på sygehusene. Som en del af regeringens annoncerede sammenhængsreform skal der foretages en gennemgang af den statslige styring af det regionale sundhedsvæsen, hvor VIVE har lavet en gennemgang af 11 af de mest centrale styringsinstrumenter for det regionale sundhedsvæsen, se figur 1 (Højgaard m.fl., 2018).

*Figur 1: Kategorisering af de 11 inkluderede styringsinstrumenter*

#### **Synlighed, resultatmåling og benchmarking:**

- Nationale mål
- Patienttilfredshedsmålinger
- Produktivitetsopgørelser

#### **Kliniske anbefalinger, retningslinjer og standarder:**

- Specialeplanlægning
- Nationale kliniske retningslinjer og forløbspakker

#### **Patientrettigheder og markedsafledt konkurrence:**

- Hurtig udredning, frit valg og udvidet frit valg
- Udbuds- og konkurrencemuligheder

#### **Økonomiske incitament:**

- Rammestyning (inkl. budgetlov)
- Puljer, øremærkede/formålsbestemte bevillinger
- Aktivitetspulje
- Produktivitetskrav

*Kilde: Højgaard m.fl. 2018.*

Staten fastlægger landets overordnede sundhedspolitiske værdier og målsætninger og fastlægger en budgetramme for driften af sundhedsvæsenet, som udmøntes via de år-

lige økonomiaftaler mellem stat, kommuner og regioner samt i finansloven. Herudover anvender staten forskellige styringsinstrumenter for at sikre, at de politiske mål med sundhedsvæsenet indfries.

#### **Forskellige typer af styringsinstrumenter**

Styringsinstrumenterne benytter forskellige grundlæggende mekanismer til realisering af en eller flere målsætninger, jf. figur 1. En række styringsinstrumenter er baseret på at opstille og offentliggøre mål og indikatorer, der giver beslutningstagerne, patienter og sundhedsfaglige mulighed for at følge variation og målopfyldelse. Der knytter sig ofte ikke konkrete sanktioner i form af straf eller belønninger til disse styringsinstrumenter, og de betegnes derfor nogle gange som bløde styringsinstrumenter.

Specialeplanen og kliniske retningslinjer adskiller sig som styringsinstrumenter ved at være understøttet af lovgivning og konkrete procesregulerende regler, som skal overholdes. Disse styringsredskaber kan derfor være bindende med konkrete anvisninger til den konkrete udmøntning i det udførende led.

Hurtig udredning, frit – og udvidet frit – valg samt udbud adskiller sig ved, at denne type styringsinstrumenter understøttes af en eller anden form for konkurrence om at foretage behandlingerne, hvor både kvalitet og pris kan være konkurrenceparametre. Leverandørerne af sundhedsydelser er således ikke bundet af regler, men de står over for risikoen for, at deres økonomiske grundlag forsvinder, hvis patienterne udredes og/eller behandles andre steder.

Endeligt er der styringsinstrumenter, som

understøttes af økonomiske incitamenter, som direkte belønner (eller straffer) målopfyldelse. De økonomiske incitamenter virker gennem tildeling af et økonomisk råderum eller opstilling af afregningsformer, som specificerer, hvordan midlerne tildeles.

### Samspil mellem styringsinstrumenter

Ét styringsinstrument kan kun opnå nogle få målsætninger, hvorfor der altid vil være behov for at anvende flere forskellige styringsinstrumenter i den statslige styring af sundhedsvæsenet. De statslige styringsinstrumenter skal derfor ses i en helhed, hvor adfærdspåvirkningerne, og dermed effekterne af det enkelte styringsinstrument, ikke entydigt kan isoleres fra de øvrige. Styringsinstrumenter kan dels være en forudsætning for hinandens effekt, dels virke understøttende, dels være komplementære, og endelig kan styringsinstrumenter være i indbyrdes konflikt.

Ingen styringsinstrumenter er perfekte. Alle styringsinstrumenter giver intenderede og ikke-intenderede virkninger. Virkningerne af et styringsinstrument kan på forhånd have kendte potentielle bivirkninger, og det kan derfor være nødvendigt at komplementere et styringsinstrument med et andet for at afværge eller mindske nogle bivirkninger.

Over tid erstatter nogle styringsinstrumenter andre, bl.a. som følge af mindsket effekt over tid af de enkelte styringsinstrumenter. Udfasningen eller udviklingen af et styringsinstrument kan således ikke ligestilles med, at styringsinstrumentet ikke har fungeret

hensigtsmæssigt, eller at det var en fejl at implementere det. Et problem kan være formindsket netop pga. et styringsinstrument, eller et styringsinstrument kan have så kraftig effekt i forhold til de andre styringsinstrumenter, at det bliver tæt på altdominerende. Samtidigt vil den relative vigtighed af målsætningen i forhold til fokus i sundhedsvæsenet også have betydning for styringsinstrumenternes relevans.

Der vil således altid være en vis dynamik i sammensætningen af styringsinstrumenterne og i udviklingen af de enkelte styringsinstrumenter.

### Virker den statslige styring?

Vi vil her se på ét aspekt af den statslige styring med fokus på styringen af aktivitet og produktivitet. Der har været en massiv stigning i aktiviteten på sygehusene i en lang periode. Tabel 1 viser på baggrund af tal for perioden 2009-2015, at der har været en stigning på 10,7 % i antallet af unikke patienter i perioden, mens der har været en samlet stigning i antallet af kontakter på 30,9 %. Denne udvikling har utvetydigt været understøttet af de statslige styringsinstrumenter, såsom den statslige aktivitetspulje, kommunal medfinansiering, udvidet frit valg og produktivitetskravet, men det kan være vanskeligt entydigt at isolere effekten til et enkelt af disse styringsinstrumenter.

Den gennemsnitlige årlige produktivitetsstigning på 2,3 % i perioden 2003-2016 (Danske Regioner mfl., 2018) er højere end

» **Hvorfor skal vi så lave om, når de statslige styringsinstrumenter umiddelbart virker efter hensigten? Det korte svar er, at de statslige styringsinstrumenter har et for stærkt fokus på aktivitet og dermed virker for kraftigt, og bivirkningerne vægter for tungt.**

Tabel 1: Patienter og kontakter i det regionale sundhedsvæsen

Somatisk sygehusvæsen								
Antal patienter i kontakt (i tusinder)	2.476	2.500	2.511	2.519	2.549	2.671	2.707	2.740
Antal kontakter (i tusinder)	11.148	11.582	12.259	12.635	13.147	14.005	14.404	14.591
Gns. antal kontakter pr. patient i kontakt	4,5	4,6	4,9	5,0	5,2	5,2	5,3	5,3
Kontakter pr. 1.000 borgere	2.029	2.099	2.212	2.271	2.353	2.495	2.548	2.557

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, 2016. Udklip fra tabel 1, side 3.

» **Styringsinstrumenter kan dels være en forudsætning for hinandens effekt, dels virke understøttende, dels være komplementære, og endelig kan styringsinstrumenter være i indbyrdes konflikt.**

## » Den kommende reform af de statslige styringsinstrumenter skal give rum for, at ledelserne på alle niveauer af det danske sundhedsvæsen kan imødekomme den største udfordring for det danske sundhedsvæsen med at skabe sammenhængende patientforløb.

perioden før 2002 (Bech mfl., 2006), hvilket betyder, at de samlede statslige styringsinstrumenter har medvirket til en øget aktivitet og produktivitet i sundhedsvæsenet.

Hvorfor skal vi så lave om, når de statslige styringsinstrumenter umiddelbart virker efter hensigten? Det korte svar er, at de statslige styringsinstrumenter har et for stærkt fokus på aktivitet og dermed virker for kraftigt, og bivirkningerne vægter for tungt. Stigningen i antallet af kontakter på 30,9 % mod stigningen på 10,7 % i antallet af unikke patienter viser en massiv intensitetsstigning, som potentielt fx skyldes en for høj fragmentering af behandlingen samt en barriere for at flytte aktivitet væk fra sygehusene til almen praksis og til kommunerne. Det stærke fokus på aktivitet har således reduceret fokus fra den sundhedsmæssige gevinst ved aktiviteten.

Det demografiske pres, den begrænsede udvikling i den samlede budgetramme til sundhedsvæsenet (i forhold til midten af 00'erne), kravene til overholdelse af patientrettighederne, de nationale mål mv. vil sikre, at der fortsat er behov for at udvikle aktiviteten og produktiviteten på sygehusene. Men der er behov for at omstille de statslige styringsinstrumenter, så intensiteten per patient dæmpes, samt sikre at de statslige styringsinstrumenter ikke står i vejen for at omstille aktiviteten på sygehusene og bliver barrierer for at skubbe aktiviteten ud fra sygehusene og for at sætte fokus på den sundhedsrelaterede værdiskabelse ved den enkelte aktivitet.

### **Balance mellem styring og ledelse**

Styringsinstrumenter fokuserer på det målbare, og flerheden af styringsinstrumenter kan understøtte og komplementere hinanden, så de statslige styringsinstrumenter til sammen giver en helhed. Virkningen af styringsinstrumenterne afhænger dog også af, hvordan styringsinstrumenterne omsættes og oversættes gennem styringskæden fra stat

til sygehusafdeling. Derfor er det væsentligt at drøfte, hvordan ledelserne på forskellige niveauer i det danske sundhedsvæsen medvirker til, at de "lokale" styringsinstrumenter understøtter de udførende led i at nå målsætningerne for det danske sundhedsvæsen.

De statslige styringsinstrumenter kan i varierende grad rumme muligheder for lokale tilpasninger. Konkrete regler, stærke økonomiske incitamenter og direkte anvisninger giver ikke rum til lokal tilpasning, hvilket betyder, at styringsinstrumenternes målsætninger følges – på godt og ondt – forholdsvis nøjagtigt. Det betyder på den ene side, at styringsinstrumentets intenderede virkninger som regel opnås, men det betyder samtidigt, at der kan være betydelige bivirkninger, da der ikke tages højde for lokale variationer og situationsbestemte sundhedsfaglige vurderinger.

Den kommende reform af de statslige styringsinstrumenter skal give rum for, at ledelserne på alle niveauer af det danske sundhedsvæsen kan imødekomme den største udfordring for det danske sundhedsvæsen med at skabe sammenhængende patientforløb. De statslige styringsinstrumenter kan her spille en rolle ved at opstille de rette rammer for samarbejder på tværs, som samtidigt er en fleksibel ramme, som tager højde for, at der er væsentlige forskellige betingelser mellem de fem regioner, de 98 kommuner og de >3.400 almen praktiserende læger.

### *Referencer:*

Bech, M., Lauridsen, J. & Pedersen, K.M. *Giver øget brug af takststyring i sygehusvæsenet højere produktivitet?* Nationaløkonomisk Tidsskrift, 2006, 144(3): 326-342.

Danske Regioner, Finansministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet. *Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren (XIII delrapport)*. Udviklingen fra 2015 til 2016. København: Danske Regioner, Finansministeriet & Sundheds- og Ældreministeriet, 2018.

Højgaard, B., Kjellberg, J., Bech, M. (editors). *Den statslige styring af det regionale sundhedsområde – analyse af centrale instrumenter*. VIVE, April 2018.

Sundhedsdatastyrelsen, 2016. Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2015.