

Styringsvirvar i regionerne

Regionerne er underlagt mange forskellige styringsprincipper: rammestyring, takststyring og medfinansiering, rettighedsstyring og lovgivning, faglig styring, data og benchmarking. I de kommende år med smalhals i den offentlige økonomi er der risiko for, at embedsmændene inden for hver deres lille styringsregime vil stramme op og stille større krav. Her er der brug for, at politikerne skærer igennem og definerer, hvad der er de vigtigste politiske hensyn.

AF CHEFØKONOM KRISTIAN HEUNICKE, DANSKE REGIONER

I 2009 overskred regionerne, som resten af den offentlige sektor, deres budgetter. En omfattende strejke i 2008 havde givet lange ventelister, og regionerne nedbragte dem i løbet af 2009 uden at skele stort til de oprindelige budgetter. Der blev lavet masser af behandlinger, og produktiviteten udviklede sig flot, men man brugte altså flere penge end man måtte.

Jeg havde dengang fornøjelsen af at forklare journalisterne, hvad det var, der skete. Det var en svær opgave. Ingen af dem var klar over, at der stadig gjaldt en samlet ramme, som regionerne skulle overholde. Journalisterne troede, at når bare sygehusene producerede mere, fik man også automatisk flere penge fra kommunerne (via den kommunale medfinansiering) og fra staten (via aktivitetspuljen, som de dengang alle sammen kaldte Løkke-poseden). Og når jeg fortalte, at sygehusene skam havde lavet flere behandlinger for de flere penge, troede journalisterne, at regionerne skulle have ros og ikke ris.

Historien viser, at regionerne er pålagt flere forskellige styringsprincipper, som ikke altid flugter med hinanden. I det følgende gennemgår jeg de vigtigste styringsprincipper som er lagt hen over regionernes styring af sundhedsvæsenet, og jeg viser at – snarere end en harmonisering og afbureaukratisering – er der i de senere år kommet mere til, hvilket kan risikere at øge de indbyrdes modsætninger.

Klassisk rammestyring

Helt grundlæggende aftales der hvert år en udgiftsramme med regeringen, som der samtidig aftales finansiering til. Efterhånden udgør denne ramme til sundhedsområdet godt 100 mia.kr. I økonomiaftalen kan der være knyttet forskellige bindinger til dette beløb, men det er – ligesom med kommunerne – sjældent noget, der påvirker flere procent af udgifterne. Regeringens forventning

er herefter, at regionerne prioriterer inden for denne ramme og sikrer at den ikke overskrides. Det er altså i udgangspunktet op til regionerne at prioritere psykiatri over for somatik, livstruende sygdomme over for kroniske sygdomme, praksissektor over for sygehuse, og igangsættelse af nye tiltag og behandlinger.

Den klassiske rammestyring er blevet yderligere understøttet med budgetloven, som indførte sanktioner ved budget- og regnskabsoverskridelser. Det er en nyskabelse i den regionale verden, hvorimod kommunerne har haft flere år til at vænne sig til det.

Hvorfor kom sanktioner ikke tidligere til regionerne? Faktisk var der lige fra starten en tradition for at budgettere på aftaleniveau, og regnskaberne lå også inden for målskiven, så måske var behovet ikke så stort. Og måske var der en erkendelse af, at styringsopgaven på sundhedsområder er anderledes, fordi flere udgifter er lovbundne og (politisk og fagligt) ufravigelige og færre udgifter styres ved traditionelle bevillinger og visitation. Dette vil jeg uddybe nedenfor. Og måske var man fra statens side – ligesom journalisterne – lidt i tvivl med sig selv, om regionerne egentlig var mest takststyrede eller mest rammestyrede. Inden den økonomiske krise.

Men da først sanktionsmekanismen blev indført i regionerne, besluttede man sig for en meget vidtgående model. Staten fik undtaget nogle udgiftsområder, og kommunerne ligeså, blandt andet udgifter til kongehuset og de konjunkturbetingede beskæftigelsesudgifter. Men for regionerne tæller det hele med: Både tilskud til apotekermedicin, tandlægebehandling, patienterstatninger, kræftmedicin, befordring, behandlingsgarantier mv. Det er svært styrbare områder, som regionerne kun kan påvirke indirekte. Men de tæller altså fremover med i den samlede ramme.

Takststyring og aktivitetsfinansiering

Der er i de senere år kommet en stigende opmærksomhed omkring de negative effekter



Der er generelt stor enighed om de overordnede mål på sundhedsområdet, fx at infektioner skal undgås, at kvaliteten skal være god, at ventetiderne skal være lave, og at patientforløb skal være effektive. Det er svære mål at opfylde, mål, som kræver samarbejde på tværs af afdelinger og sektorer, men også mål, som man kunne styre mere efter.

» (...) regionerne er pålagt flere forskellige styringsprincipper, som ikke altid flugter med hinanden.

» Både forskere og konsulenter har peget på, at DRG-baseret afregning fører til atomisering og overproduktion.

af for meget aktivitetsfinansiering i sundhedsvæsenet. Både forskere og konsulenter har peget på, at DRG-baseret afregning fører til atomisering og overproduktion, og at det ikke i tilstrækkelig grad giver incitamenter til forebyggelse, sammenhæng og innovation i forhold til at fremme nye måder at organisere behandlingen på (telemedicin, udgående funktioner mv.).

I Danmark har takstfinansieringen relativt stor vægt. Når den første patient går ind ad døren på sygehuset, starter taxametret at tælle DRG-points. Der er 34 pct. refusion fra kommunen, indtil taksten på et tidspunkt stiger til 100 pct. og igen falder til 70 pct. for den marginale aktivitet som følge af den statslige pulje.

Regeringen har nedsat et incitamentsudvalg, som skal foreslå ændringer af systemet. Men indtil de er besluttet, er den seneste ændring af systemet stadigvæk forhøjelsen af den kommunale medfinansiering for kun halvandet år siden. Dermed blev den andel af sygehusenes økonomi, som er afhængig af aktivitet, forøget fra cirka 15 pct. til ca. 30 pct. Det kan godt være, at formålet var at give bedre incitament til forebyggelse i kommunerne, men ændringen har altså den stik modsatte effekt i regionerne.

Regionerne prøver naturligvis at dæmpe de negative økonomiske incitamenter, inden pengene ryger videre ud på sygehusene. Men regionerne er afhængige af at få den aftalte finansiering, og dermed også at sygehusene producerer de aftalte DRG-points. Så der er klare grænser for, hvor langt de kan forfølge eksempelvis en kvalitetsstrategi uden at skele til kvantiteten.

Rettighedsstyring og lovgivning

I loven er der skrevet ventetidsrettigheder ind. Alle har ret til udredning inden for en måned, og til behandling inden for en eller to måneder (livstruende sygdomme skal dog behandles med det samme). Og snart skal rettighederne ifølge regeringsgrundlaget også omfatte psykiatrien. Dermed omfatter de ufravigelige patientrettigheder i princippet alle de ydelser, som regionerne leverer.

Det er ambitiøse målsætninger, også målt med internationale standarder, og de vil blive stadig mere ambitiøse i takt med, at befolkningen bliver ældre og mere behandlingskrævende. Det presser sygehusene, for hvis ikke de kan levere på behandlingsretten, har patienten ret til at tage pengene med sig til et privatsygehus.

Det er en effektiv sanktionsmekanisme, for dermed er det i praksis umuligt for regionerne at lægge et andet (ringere) serviceniveau. Udgiften kommer under alle omstændigheder, og hvis den private sektor får lov at vokse, risikerer man at starte en lønspirale og udhule grundlaget for aktiviteten på de offentlige sygehuse.

Faglig styring

Ingen velfærdsområder er i samme grad som sundhedsområdet karakteriseret ved faglig kontrol og styring. Det er som udgangspunkt lægerne selv, der i håndteringen af patienten udløser behandlinger, udskriver medicin, udvikler behandlingsformer, og som foretager de konkrete prioriteringer hver eneste dag.

Der er en meget stærk drivkraft i et fagligt system, der beskæftiger sig med spørgsmål om sygdom og helbredelse - og liv og død, og hvor den faglige meritering for klinikernes vedkommende er tæt koblet med forskningsmæssige præstationer. Det giver en konstant stræben efter at forbedre, forfine og forny metoder og teknologier i bredeste forstand.

Det er også faglige kriterier, der ligger til grund for sygehusstrukturen og den overordnede planlægning: Hvor mange steder man kan føde i Danmark, og hvor mange steder man kan blive behandlet for kræft, er grundlæggende determineret af befolkningsunderlaget. Der er krav om et vist antal behandlinger hvert sted for at kunne opretholde den nødvendige kvalitet. En sådan planlægning i stor skala baseret på faglige kriterier er faktisk noget, som mange andre lande misunder os. Og regionerne bør roses for at have virkeliggjort den.

Systemet bakkes op af en aktiv Sundhedsstyrelse, som både har kompetence til at bestemme over antallet af højt specialiserede behandlingssteder, og til at udarbejde faglige retningslinjer. Det er flere år siden, at en faglig retningslinje er udmøntet i en DUT-sag. I stedet sker den faglige udvikling i et løbende samspil mellem aktørerne, og de udgiftsmæssige konsekvenser samles som hovedregel op i den aftalte generelle realvækst.

Kan regionerne påvirke den faglige prioritering? Tja, til en vis grad. I de senere år har regionerne taget initiativ til nye visitationsretningslinjer for eksempelvis fedmeoperationer. Og der er oprettet et råd for anvendelse af dyr sygehusmedicin, som ensretter anbefalingerne til lægerne, og dermed giver

grundlag for bedre indkøbspriser. Begge tilfælde er karakteriseret ved, at ensretningen og standardiseringen også har været fagligt funderet. Det vil sige, at den almindelige faglighed hos hver enkelt læge er blevet overtruffet af mere faglighed i en nationalt koordineret indsats. Og resultatet er højere kvalitet og mere effektiv ressourceudnyttelse.

Data og benchmarking

Der er heller ingen andre velfærdsområder, der genererer så mange data som sundhedsområdet. Det nationale indikatorprojekt, de kliniske kvalitetsdatabaser, patienttilfredshedsmålinger, den danske kvalitetsmodel, sundhedskvalitet.dk, landspatientregistret, kommunaløkonomisk sundhedsinformation, regionernes fælles benchmarkingprojekt etc.

Data bruges af forskellige grupper til forskellige formål. Bag hvert datasæt ligger der et ønske om en større styringsindsats: At der sikres opmærksomhed om de forhold der monitoreres, og at data anvendes til at udvirke forbedringer for patienter og borgere. Fra statens side har der jævnligt været gjort bestræbelser på en samling af data i nationalt regi, og også forskellige former for fælles præsentation af relevante data fra forskellige datakilder. Men endnu er der vel ikke nogen autoritative løsninger. Tættest på kommer nok sundhed.dk, der samler det meste af de borgerrelevante oplysninger om sundhedsvæsnet.

I forhold til styringsprincipper er sundhedsvæsnet karakteriseret ved, at der faktisk findes nogle relevante outcome-mål, som der er konsensus omkring. Gennemsnitlig levetid er helt oplagt, men måske lidt for abstrakt og påvirkes også af flere faktorer end sundhedsvæsnets performance.

Men så kunne man kigge på overlevelsesrater efter kritiske sygdomme. Alle er enige om at antallet af hospitalsinducerede infektioner og mortalitetsraterne skal nedbringes. Og ligeså med antallet af amputationer hos diabetikere. Svære mål at opfylde, mål som kræver samarbejde på tværs af afdelinger og sektorer, men også mål som der er enighed om, og som man kunne styre mere efter. Men i Danmark er det indtil nu blevet ved snakken. Vi opstiller målene, drøfter dem og følger op på dem. Og efter lidt tid finder vi nogle andre mål. Men de indgår ikke konsekvent som led i vores styring af sundhedssektoren. Og de erstatter ikke andre styringsprincipper.

Afrundning

Ovenstående gennemgang af de vigtigste styringsprincipper som regionerne er underlagt på sundhedsområdet, viser at alle styringsprincipper er til stede på samme tid. Og sådan skal det måske være, for sundhedsområdet er komplekst, og der er mange hensyn. Gennemgangen af styringsprincipperne i regionerne giver for denne forfatter anledning til en – måske banal – iagttagelse: Mere styring giver ikke nødvendigvis bedre styring. Især i de kommende år med smalhals i den offentlige økonomi er der risiko for, at embedsmændene inden for hver deres lille styringsregime med ansvar for at forvalte hver deres kæphest, vil stramme op og stille større krav. Her er der brug for, at politikerne skærer igennem og definerer, hvad der er de vigtigste politiske hensyn. Og så må der saneres i de øvrige styringsredskaber. Det er nødvendigt for at give maksimal frihed til at opnå det, som er vigtigst, når økonomien samtidig er stram og skal overholdes. ■

» **Ingen velfærdsområder er i samme grad som sundhedsområdet karakteriseret ved faglig kontrol og styring.**