

Økonomisk styring: Kvantitet og kvalitet

Produktivitetskommissionens tre grundregler for økonomisk styring i den offentlige sektor diskuteres kritisk med vægt på DRG og den kommunale medfinansiering. To alternativer til DRG-systemet diskuteres: Et forsøg i Region Midtjylland og arbejdet med såkaldt værdibaseret afregning, hvor der tages hensyn til kvalitet.



KJELD MØLLER PEDERSEN
Professor ved Syddansk Universitet

Produktivitetskommissionen fremhæver tre grundregler for økonomisk styring i den offentlige sektor (Produktivitetskommissionen 2013). For det første skal konkrete ordninger fremme samfundsøkonomiske løsninger i modsætning til kasseøkonomiske. For det andet skal økonomistyringen fremme kvalitetsforbedringer, og endelig skal økonomistyringen fremme samarbejde og sammenhængende ydelsesforløb. Forfølger man disse principper, skulle det angiveligt under ét føre til gode resultater i en ikke nærmere defineret forstand, men der tænkes formentlig på bedre kvalitet og bedre sammenhæng i ydelseskæder.

Til kommissionens tre principper for økonomistyring kan man med fordel tilføje yderligere to: Ordningerne skal være lette at administrere og transparente. Der sker nemlig det, at nye ordninger i forsøget på at opfylde flere mål samtidig ofte ender med at blive (for) komplicerede. Det kan føre både til øgede administrationsomkostninger, fx i form af øget kontrol, og kan indbyde til 'gaming'.

De tre principper bliver eksemplificeret ved den økonomiske styring af de offentlige sundhedsydelser, men kommissionen mener, de har bredere gyldighed. Det følgende fokuserer på sundhedsområdet.

Produktivitetskommissionen gør langt mere ud af svaghederne ved eksisterende ordninger end alternativerne, der som hovedregel kun skitseres løst. Derfor gøres der en del ud af alternativerne i denne artikel for at vurdere, om de reelt er bedre. I analysen af uddannelsesområdets taxameterordninger hedder

det med klædelig beskedenhed: »Hvordan finansiering og styring af lærestalterne præcis skal gribes an, er et kompliceret spørgsmål, som ikke har noget simpelt svar«, s. 124 (Produktivitetskommissionen 2014). Det er utvivlsomt sandt.

På den ene side er det urimeligt at forvente gennemarbejdede alternativer, men på den anden side skaber kombinationen af relativ hård kritik af eksisterende ordninger og løse skitser af nye løsninger en svaghed, hvor kritikken huskes, medens nye løsninger virker tillokkende, men hvor man overser, at djævelen altid ligger i detaljen.

Økonomistyring er ikke defineret præcist, men ud fra sammenhængen drejer det sig overordnet om incitamenterne i forskellige afregningsordninger, fx taxameterordningen for undervisningsområdet eller DRG-afregning for sygehusene (DRG: Diagnose-relaterede grupeer). Afregningsordninger er de måder, hvorpå den finansierende part, fx et ministerium, en region eller en kommune, betaler for ydelser produceret af relevante institutioner (uddannelse, sundhed m.m.).

Produktivitetskommissionens kritik af de offentlige afregningsordninger er karakteriseret ved

- skepsis over for aktivitetsbaseret afregning – uanset om det er taxameterordningen eller DRG-systemet på sygehusene
- at aktivitetsbaseret afregning ikke understøtter kvalitet
- at aktivitetsbaserede ordninger ikke altid er samfundsøkonomisk hensigtsmæssige

Produktivitetskommissionen illustrerer også et gammelkendt dictum om, at økonomiske incitamenter virker, men ikke altid efter hensigten. Udformning af afregningsordninger er kompliceret og kræver både økonomisk og dyb faglig indsigt i den pågældende sektor. Dette vil bl.a. blive illustreret nedenfor ved diskussionen af den kommunale medfinansiering, der er usædvanligt dårligt gennemtænkt.

Det følgende er opbygget således, at der startes med en skitse af sundhedsvæsenets økonomiske mekanismer efterfulgt af en kritisk vurdering af argumenterne mod DRG i form af seks ofte hørte påstande, som Produktivitetskommissionen viderebringer lidt for ukritisk. Derefter følger en beskrivelse af et forsøg i Region Midtjylland, der skulle være et alternativ til DRG. Dette glider over i svenske forsøg med 'værdibase-ret' afregning, hvor der fokuseres på såvel forløbstakster som kvalitet. Det sidste hovedafsnit drejer sig om den kommunale medfinansiering, som udsættes for en krads kritik og støtte til Produktivitetskommissionens forslag.

Baggrund

Hvis man skal forstå væsentlige dele af kritikken af DRG, skal man have et overblik over sundhedsvæsenets økonomi, figur 1, der læses oppe fra og nedefter.

I forhold til denne artikels problemstillinger er der tre nedslagspunkter i figuren: 1) aktivitets-puljen, 2) den kommunale medfinansiering og 3) DRG/DAGS-afregning med sygehusene.

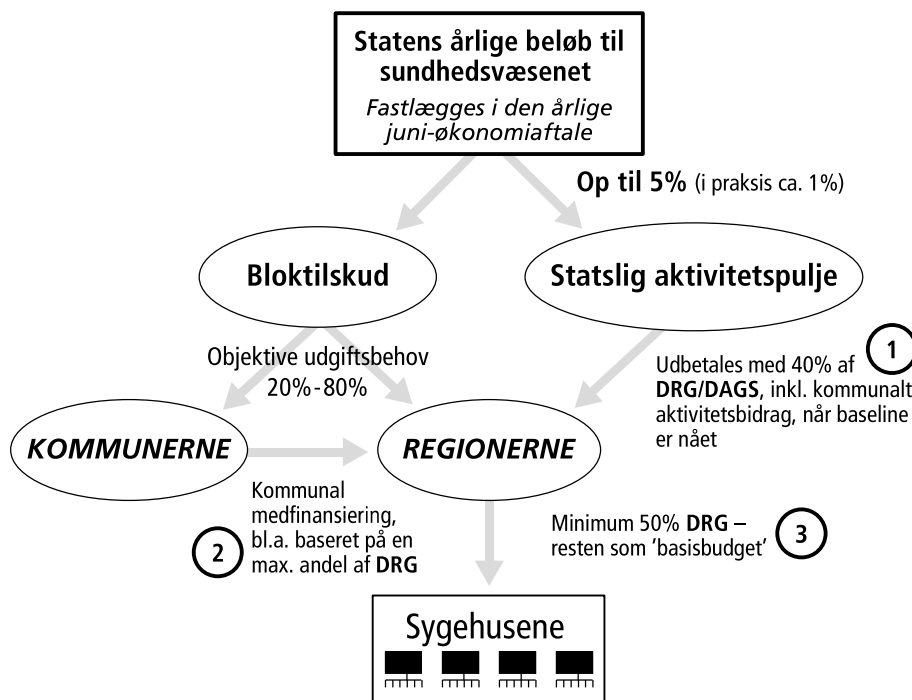
DRG: Diagnose-relaterede grupper. Et takstsystem for sygehuse, der omfatter knap 700 grupper. Fx en takst for blodprop i hjertet eller en kunstig hofte. Beregnet som gennemsnit af omkostninger per gruppe på tværs af sygehuse, der udfører de pågældende behandlinger.

DAGS: Dansk ambulante grupperingsystem. Ca. 200 takster for ambulante behandling, fx for skadestuebesøg og ambulante kontroller. Baseret på gennemsnitlige sygehusomkostninger for de pågældende behandlinger.

Den statslige aktivitetspulje for 2015 er på 1,3 milliarder kr. og fordeles mellem regionerne ud fra bloktilskuds-nøglen. Puljeløbet er gradvist blevet mindre, fx var det i 2011 knap 4 mia. kr. Puljen blev dannet i 2002 med det formål at give sygehusene incitament til at øge behandlingskapaciteten og nedbringe ventelisterne ('Løkke-puljen').

Princippet i aktivitetspuljen er, at regionerne får del i aktivitetspuljen, hvis aktiviteten opgjort i DRG-værdi når højere op end et fastlagt aktivitetsniveau kaldet baseline. Det fastsatte aktivitetsniveau (baseline) fastlægges i forbindelse med økonomi-forhandlingerne ud fra værdien af det foregående års behandlingsaktivitet, dvs. i en vis forstand, hvad man med rimelighed kan forventes realiseret med regionernes egne midler. Regio-

Figur 1: Sundhedsvæsenets økonomiske rammer og mekanismer



nerne får derfor del i de midler, der er afsat i aktivitetspuljen, hvis behandlingsaktiviteten er større end den fastsatte baseline.

Mange mener, at aktivitetspuljen er aktivitets-drivende i en tid, hvor man af al kraft forsøger at dæmpe aktivitetsvæksten. Logikken er simpel: Skal man have andel i pengene, skal produktionen være højere end det foregående år. Det er dog vigtigt at notere, at puljen sjældent har udgjort mere end 2% af de samlede sygehusudgifter. Den aktivitetsdrivende virkning er derfor nok overdrevet.

Med økonomiaftalen for 2014 (Regeringen and Danske Regioner 2013) tog man dog meget af det aktivitetsdrivende ud af ordningen. Man reducerede puljens størrelse, reducerede betalingen for marginale aktivitetsforøgelse ud over baseline fra 70% (og i nogle tilfælde 100%) til 40% af DRG/DAGS-taksten, og der blev givet øget fleksibilitet i forhold til at korrigere for ikke DRG-baseret aktivitet.

Den kommunale medfinansiering er en kommunal betaling for behandling af kommunens borgere i det regionale sundhedsvæsen. For sygehusenes vedkommende er betalingen for somatisk behandling en andel af DRG-taksten. Ordningen kan opfattes som aktivitetsdrivende i den forstand, at de kommunale penge jo kun kommer til udbetaling, hvis der er behandlingsaktivitet – og da de 20% til kommunerne reelt er en del af den samlede finansiering af det regionale sundhedsvæsen, har regionerne i sagens natur brug for disse penge.

DRG er en forkortelse af diagnose relaterede grupper – et system, der grundlæggende blev udviklet i USA i 1980'erne og har bredt sig til hele verden. Det danske DRG-system består af godt 700 takster for stationær behandling, fx blodprop i hjertet, blindtarmsbetændelse og kunstig hofte (DRG=diagnose-relateret gruppering). Taksterne er de samme for alle sygehuse – dvs. en slags eksogene 'priser' – baseret på omkostninger fra de sygehuse, der udfører de pågældende aktiviteter. Den konkrete DRG-takst er et gennemsnit på tværs af de sygehuse, der udfører de pågældende behandlinger. Der findes tilsvarende omkring 200 takster for ambulant-behandling, såkaldte DAGS-takster (dansk ambulant grupperings-system). DRG og DAGS vedligeholdes og videreudvikles af Statens Serum Institut (Statens SerumInstitut 2015). Den systematiske indførelse af DRG skete i perioden 1999 – 2005.

Det tredje nedslagspunkt i figur 1 vedrører den DRG-baserede afregning mellem region og sygehus. I forskellige økonomiaftaler er den andel af sygehus-budgettet, der betales som DRG, gradvist blevet udvidet fra 20% til minimum 50%, ligesom DRG bruges ved afregning mellem regioner for behandling af andre regioners patienter. Her afregnes med 100% DRG-takst. DRG-systemet er blevet kritiseret for mange ting. Dette diskuteres kritisk i næstfølgende afsnit.

DRG som syndebug

Seks eksempler illustrerer overskriften. Det er i varierende omfang kommissionens eksempler. Når man ser på kritikken

af DRG-systemet, kan det virke som en nærmest socialkonstruktivistisk italesættelse, hvor der enten er tale om teoretiske og ofte meget stiliserede argumenter og/eller fravær af understøttende empiri. Det er tankevækkende, hvor lidt empiri der faktisk understøtter centrale udsagn om (de negative effekter) af DRG-systemet, inkl. Produktivitetskommissionens argumenter.

Eksemplerne nedenfor skal ikke tages som forsvar for DRG-systemet, snarere at debatten ville vinde meget ved at forholde sig til fakta og konkret viden om det, man kritiserer. Eksemplerne er relativt korte og dækker de hyppigst forekommende kritikpunkter. De kombineres med kritiske 'drillende spørgsmål'.

1. »Den DRG-drevne aktivitet går ud over kvaliteten. Og slagordsagtigt: Mere volumen giver mindre kvalitet«

Med reference til incitamentsudvalgets rapport (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse and Danske Regioner 2013) noterer Produktivitetskommissionen s. 42, at man i rapporten påpegede, at der i det seneste årti har været fokus på, at sygehuse skal levere mere aktivitet i stedet for fokus på den rette aktivitet med en kvalitet, der bidrager til at forbedre befolkningens sundhedstilstand. Med andre ord – her og utallige andre steder – er det underforstået, at der i jagten på aktivitet og DRG-kroner bliver givet køb på kvalitet og/eller, at indikationerne er skredet.

Drillende spørgsmål: Findes der empirisk og rimelig videnskabeligt belæg for fald i kvalitet under DRG? I hvert fald ikke i incitamentsudvalgets rapport. De mere end 60 kliniske databaser (Databasernes Fællessekretariat 2015) og erfaringerne fra det såkaldte NIP-projekt (nationale indikator projekt) peger ikke på faldende faglig kvalitet – snarere tværtimod. De landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser peger ikke på en kvalitetsforringelse (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse 2014).

Med hensyn til 'den rette aktivitet' udarbejder Sundhedsstyrelsen i disse år 50 nationale kliniske retningslinjer, der skal medvirke til at sikre ensartede behandlingstilbud af høj faglig kvalitet på tværs af landet. De adresserer ikke direkte spørgsmålet om indikation, men kommer tæt på. Meget tyder på, at spørgsmålet om den rette aktivitet mere er et fagligt end et økonomisk spørgsmål, ligesom litteraturen om efterlevelse af kliniske retningslinjer viser, at det er svært af få dem efterlevet, bl.a. spiller den kliniske frihed og det kliniske skøn i sagens natur en rolle. Med andre ord: Hvor meget 'den rette aktivitet' påvirkes af DRG står hen i det uvisse og er i bedste fald udokumenteret.

Sammenhørende med 'den rette aktivitet' hører man ofte udsagn om 'overbehandling' (underforstået drevet af økonomiske hensyn). Der er to varianter af argumentet: Der bliver behandlet unødvendigt således som det fx kommer til udtryk ved lavere/ændrede indikationsgrænser, eller behandlingsintensiteten for den enkelte patient er for høj, fx 'for mange' ambulante

efterkontroller. Det kan ikke afvises, men også her savnes der empirisk belæg for, at det hænger sammen med DRG og ikke fx lægefaglige normer. Det er velkendt, at der er en livlig faglig diskussion om indikationsgrænser.

2. Et andet tema har været, at »DRG-styring øger aktiviteten mere end under rammestyring«.

Ingen steder i sygehusvæsenet afregner man med 100% DRG-betaling bortset fra interregional afregning. Et fortsat gældende krav fra den daværende VK-regering lød, at mindst halvdelen af sygehusenes budgetter skulle fremkomme ved DRG-afregning. Der er ikke tvivl om, at grundtanken med at indføre (delvist) aktivitetsbaseret betaling til sygehusene var at øge aktiviteten – underforstået mere end under rammestyring. Som påvist i *Incitamentsstyring i sygehusvæsenet* er grundhypotesen tvivlsom (Pedersen et al. 2006).

Det drillende spørgsmål er, om grundhypotesen er empirisk bekræftet. På den ene side tilsiger almindelig økonomisk teori, at aktivitetsbaseret afregning giver stærkere incitamenter til øget aktivitet end alm. budgetstyring (rammebudget). Spørgsmålet om aktivitets- og produktivetsforøgende effekter af DRG sammenholdt med ramme- og kontraktstyring har været undersøgt i mindst tre rapporter (Ankjær A and Rath MB 2005; Bech M et al. 2006; Indenrigs- og sundhedsministeriet et al. 2005; Pedersen, Bech, & Hansen 2006). Hovedindtrykket fra dem er, at den aktivitetsforøgende effekt ikke har været større end under rammestyring. Dog skal der tages forbehold for den særskilte virkning af 'aktivitetspuljen', jfr. ovenfor, der især bliver udløst til ventelistenedbringelse.

De to videnskabelige rapporter kommer frem til at (med DSI-rapportens ord): »Aktiviteten er på landsplan steget med 3,5 % i takststyringens første år, men ... afviger ikke fra aktivitetsstigninger i tidligere år... Aktivitetsstigningen skal således ikke ses som et resultat af indførelse af økonomiske incitamenter...« Om produktivitet konkluderes det, at »... takststyringen har indtil ikke forstærket den indsats væsentligt«.

Embedsmandsrapporten konkluderer imidlertid anderledes: »...indførelse af takststyring har haft en positiv effekt på udviklingen i aktiviteten på sygehusene.« Men senere kommer dog forbeholdet: »Der kan dog ikke konstateres entydige sammenhænge mellem amternes og H:S' takststyringsmodeller og udviklingen i aktiviteten. Undersøgelsen viser, at omkostningsproduktiviteten på sygehusene har udviklet sig positivt efter indførelsen af takststyring«.

En analyse fra 2012 undersøger aktivitetsudviklingen i sygehusvæsenet 2005-2010 (Danske Regioner et al. 2012). I perioden 2005-2010 steg aktiviteten i sygehusvæsenet med 35 pct. Denne stigning skyldes en mængdeeffekt (behandler flere patienter) og en prisseffekt, der drejer sig om, at den enkelte patient i gennemsnit bliver dyrere. Prisseffekten skyldes, at den enkelte patient har flere kontakter med sygehuset og/eller, at hver sygehuskontakt bliver dyrere. Med hensyn til mængdeef-

fekten diskuterer man i rapporten ikke den selvstændige betydning af DRG-systemet.

På landsplan viste analysen, at ud af den samlede aktivitetsstigning på 35 pct. kunne knap $\frac{1}{3}$ svarende til ca. 10 pct.point henføres til, at der blev behandlet flere patienter (mængdeeffekt). De resterende godt 25 pct.point kan forklares med, at den enkelte patient i gennemsnit bliver dyrere (prisseffekt).

Udtrykt på en anden måde har halvdelen af den gennemsnitlige årlige stigning på 6% ikke rod i ændringer i sygdomsbilledet eller i demografien. En stor del af den øgede aktivitet på sygehusene er således gået til mere behandling af den enkelte patient, hvorfor behandlingsudgiften pr. patient i gennemsnit er blevet højere. Om dette har noget med DRG-systemet at gøre diskuteres ikke i rapporten. Det sygdomsområde, der har bidraget mest til væksten, er 'svulster', hvorunder bl.a. hører kræft. Det er samtidig det område, der har fået tilført markant flere bevillinger ('kræftpakker') netop med henblik på at øge såvel behandlingsaktivitet som behandlingsintensitet.

Til det foregående kan tilføjes, at Den kommunale Medfinansiering, jfr. ovenfor og nedenfor, har en klar aktivitetsøgende effekt, fordi den kommunale medfinansiering, som fører til, at ca. 20% af sundhedsudgifterne (til regional drift) kanaliseres ind over kommunerne for derefter at blive udbetalt til regionerne i takt med, at kommunernes borgere bliver behandlet ('matadorpenge'). Danske Regioner anfører i et notat fra 2013 (Danske Regioner 2013), at på sygehusområdet skyldes aktivitetsstigningen primært de incitamenter, der er indlagt via aktivitetspuljen og kommunal medfinansiering af sundhedsområdet. Dog uden egentlig dokumentation.

3. Det tredje tema lyder: »Undgå at omstille fra stationær til ambulans behandling, fordi aktivitetsværdien vil falde«, nævnt bl.a. af Produktivitetskommissionen s. 42 (Produktivtetskommissionen 2013).

Drillende spørgsmål: Se på den såkaldte 36-liste med operationer, som er særligt velegnede til ambulans udførelse (Statens SerumInstitut 2014). Listen går tilbage til 2001 – altså lige før den systematiske ibrugtagning af DRG. På tværs af de 36 operationer blev 52% udført ambulans i 2001 sammenlignet med 79% i 2013. Man kan naturligvis kontrafaktisk spørge, om andelen ville have været højere uden DRG, men stigningstakten har stabilt været på 1-3 pct.point per år.

Man overser ligeledes, at DRG-systemet indeholder såkaldte 'gråzone-takster', som er en DRG-takst beregnet som det vægtede gennemsnit ved at udføre den samme behandling ambulans og stationært. I 2012 var der 178 gråzonetakster ud af de godt 700 stationære takster.

4. Et fjerde udsagn lyder, at aktivitetsbaseret finansiering er med til at fastholde gammelkendte behandlingsmønstre: »MTV-undersøgelse (Region Nordjylland 2011) viser, at de fleste skulderoperationer ikke har nogen dokumenteret

sundhedseffekt i forhold til træning. Men det er god økonomi i at lave nogle flere« hedder det fx i en præsentation fra Region Midtjylland.

Dette argument bruges bl.a. i Region Midtjylland, når det nedenfor beskrevne forsøg skal forklares. Drillende spørgsmål: Gad vide om ikke indgroede lægenormer er en langt større hindring? Og findes der overhovedet evidens for, at den langsomme ændring i behandlingsmodalitet med rimelighed kan sammenkøbes med DRG-incidenter? (Svar: Overhovedet ikke).

5. Det femte udsagn lyder: »Et udynamisk DRG-system hindrer indførelse af nye behandlingsformer, fx telemedicin«. Produktivitetskommissionens eksempel: »Videokonferencer indgik ikke i DRG-systemet på det tidspunkt, hvor patientkufferten blev udviklet [...] til patienter med kronisk obstruktiv lungelidelse, KOL], og det var derfor nødvendigt at ændre DRG-taksterne. Da det kan tage 3-4 år at oprette en ny DRG-takst, betød det, at Odense Universitetshospital i en periode ikke modtog afregning for de patienter, der gjorde brug af videokonsultation«.

Det drillende spørgsmål: Hvis den telemedicinske ydelser erstatter en anden sygehusydelse, fx et ambulatoriebesøg, er det vel selvfinansierende og ville så blive indført, hvis alle agerede økonomisk rationelt? Problemet er imidlertid, at de samfundsøkonomiske fordele ved rigtig meget af telemedicinen er dårligt/utilstrækkeligt dokumenteret. En såkaldt business-case (en kasseøkonomisk analyse) fra selvsamme hospital, som nævnes i eksempelet, viser klokkeklart, at der ikke er sygehusøkonomiske fordele – og da telemedicin ville flytte nogle af omkostningerne ud til almen praksis og kommunerne, men også mindske patienternes transportudgifter, er det ikke meget, der peger på samfundsøkonomiske fordele (Pedersen KM 2013a; Pedersen KM 2013b). Incitamentsudvalget nævner endvidere fem eksempler på allerede indførte telemedicinske takster.

6. Sjette og sidste eksempel er med ordene fra en præsentation af økonomi-direktøren i Region Midtjylland: »Sørg for at en patient, der har behov for flere ambulante undersøgelser, kun får et tilbud pr. dag. Ellers falder aktivitetsværdien«.

Det drillende spørgsmål lyder: Er systemet så idiotisk? Svaret er nej. Således er der udviklet over 40 såkaldte 'sammedagspakker' i DRG-systemet (Statens Serum Institut 2015), der netop forsøger at tage (delvist) hånd om udsagn om, at fx samedagsudredning med flere ydelser samme dag, ikke 'kan betale' sig.

Det er korrekt, at DRG-systemet som sådan ikke per se indeholder incitament til forebyggelse, omend nogle af DAGS-taksterne godt kunne bruges hertil, og sygehusene driver jo flere screenings-programmer, der forfatteren bekendt dog ikke er DRG-finansierede. Det er også korrekt, at DRG ikke tager hensyn til behandlingskæder – såvel internt på sygehuse som mellem sektorer. Hertil er kun at bemærke et ofte over-

set forhold: Intet afregningssystem kan opfylde mange, ret særskilte formål lige godt. Med hensyn til det sidste kan man forsøge at udvide DRG til egentlige forløbstakster, jfr. bl.a. det senere afsnit om værdibaseret afregning, hvor forløb internt på et sygehus ville medføre, at ambulante forundersøgelser og efterkontroller medregnes i DRG-taksten for fx en række undersøgelser. Som det forsigtigt hedder i Incitamentsudvalgets rapport, skal der laves forsøg på områder, hvor det er relevant, og det er indskrevet i økonomiaftalen for 2014 (Finansministeriet et al. 2013; Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse & Danske Regioner 2013).

DRG-systemet er langt fra perfekt, men som eksemplerne viser, er en betydelig del af kritikken misvisende og baseret på en kombination af manglende dokumentation og kendskab til systemet.

Hertil kommer, at kritikerne antager perfekt økonomisk rationalitet hos sygehusene, og at behandling især er drevet af økonomiske incitament. Dette gælder også Produktivitetskommissionen.

Sygehuset ansues som en enheds-aktør, men man overser, at de helt centrale økonomiske dispositioner træffes af det kliniske personale, og at den interne styringskæde langt fra er perfekt. Med andre ord: Evt. rendyrket economic man på toppen fører ikke til economicman adfærd hos de fagprofessionelle, der udfører behandlingerne. Man må rimeligvis antage, at fagprofessionerne er drevet af en kombination af intrinsisk motivation (professions-drevet/den fagprofessionelle vurdering og motivation) og extrinsic motivation (den rene økonomiske motivation), og graden af 'crowding out' af den intrinsiske motivation må antages i betydelig omfang at være begrænset af professionsnormer. I DRG-litteraturen og i mange af ovenstående argumenter er det (implicit) antaget, at klinikere alene er drevet af extrinsic motivation. Det er næppe en holdbar antagelse og heller ikke dokumenteret systematisk nogen steder. Tværtimod er det rimeligt at antage, at det faglige skøn – og dermed den intrinsiske motivation – er dominerende. Det vil føre for vidt her at undersøge spørgsmålet, men det er et absolut relevant spørgsmål (Benabou and Tirole 2003; Feess and Ossig 2007; Frey and Jegen 2001; Holmas et al. 2010; Janus and Browning 2014; Kolstad 2013), hvis man skal forstå sygehusenes økonomiske adfærd og forstå nogle af ovenstående punkter.

MEN derfor kan der lidt paradoksalt godt være grund til alligevel at se på ændringer. Om ikke andet for at spejle det nuværende system i alternativerne. To muligheder omtales nedenfor: Et forsøg i Region Midtjylland og svenske forsøg med såkaldt 'værdibaseret ersättning'. Disse muligheder omtales ikke af kommissionen, men skal illustrere, hvad der muligvis kan gøres.

Forsøget i Region Midtjylland: Væk med DRG, mere fokus på kvalitet

Primo 2014 startede et forsøg i Region Midtjylland med titlen »Ny styring i et patientperspektiv«. Der indgår ni afdelinger

fordelt på fem hospitaler. Tilsammen omfatter de ca. 13% af den økonomiske aktivitet. Afdelingerne spænder fra medicinske over ortopædkirurgiske til neurologiske. Forsøget har to hovedkomponenter: Der styres ikke længere efter DRG-værdi på afdelingerne, og der indføres afdelingsvalgte- og udviklede supplerende patientnære mål. Det kan tolkes som en tillids-erklæring. Men samtidig fastholdes almindelige budgetmål, fx krav om budgetoverholdelse, mindst 2% produktivitetsvækst osv. Det centrale er utvivlsomt, at man forsøger at skabe motivation i afdelingerne ved, at de selv kan vælge (nogle af) kvalitetsmålene og ved sætte de angiveligt aktivitetsdrivende DRG-takster ud af kraft. Det er dog uklart, hvordan budgettet beregnes, og hvordan der følges op – hvilket må antages fortsat at være nødvendigt (Region Midtjylland 2013).

I en nøgtern tilbagemelding til Regionsrådet hed det ultimo oktober 2014, at det endnu var for tidligt i projektet at drage konklusioner på baggrund af de valgte mål, da afdelingerne skal arbejde videre med den kulturændring, der sikrer en reel udvikling i målene. Hertil kom, at operationaliseringen af målene langt fra var færdig, ligesom det haltede med baseline-målinger (Region Midtjylland 2014)

Forsøget kan teoretisk tolkes som et forsøg på at styrke den intrinsiske motivation ved at fjerne det direkte DRG-pres, eller som et forsøg på at skabe motivation ved delegation (Aghion and Tirole 1997; Søgaard et al. 2014).

Værdi-baserede takster: Forløbstakster og belønning for god kvalitet

Michael Porter, som mest er kendt for sit arbejde med strategi, har sammen med Teisenberg skrevet bogen *Redefining health care: creating value-based competition on results* (Porter and Teisberg, 2006). Der er et klart hovedbudskab: Styring efter resultater, hvorved forstås et 'value based system', hvor outcome/sundhedsmæssige forbedringer sættes i forhold til omkostninger: »Achieving high value for patients must become the overarching goal of health care delivery, with value defined as the health outcomes achieved per dollar spent.« (Porter 2010). Sundhedsøkonomer vil genkende det som omkostnings-effekt-princippet. Der er ifølge Porter og Teisenberg en lang række konsekvenser af dette – fra at afregning skal være værdi-baseret, til hvordan vi organiserer sundhedsvæsenet, nemlig baseret på patientforløb.

Der er næppe nogen, der er uenige – slet ikke sundhedsøkonomer. Hovedudfordringen bliver operationalisering – og vel og mærke på en sådan måde, at det er overbevisende bedre end det eksisterende. Der er arbejdet på det i USA (Medicares fee-for-service for læger) og i Sverige, hvor 7 len har forskellige eksperimenter kørende – koordineret i Nationell samverkan för värdebaserad ersättning och uppföljning i hälso- och sjukvården, SVEUS (SVEUS 2015). Bag SVEUS står et konsulentfirma (IVBAR) med nære bånd til Michael Porter og Institute for Strategy and Competitiveness på Harvard Business School (Anonym 2015). Boston Consulting Group, blandt verdens største, er også aktiv på området (Boston Consulting Group 2009; Boston Consulting Group 2015).

I det svenske arbejde er stikordene 'värdebaseret vård' og 'värdebaseret ersättning' (ersättning =afregning).

Grundidéen i afregningstænkningen er tredelt: 1. en basispakke, som reelt består af DRG-taksten plus ambulante før-og efterkontroller (DAGS). Dette omtales på svensk som 'värde-episode ersättning', på amerikansk som 'bunded payment' og på dansk som forløbsbaseret betaling. 2. en garantibetaling, som er en slags forsikringspræmie, som garanterer behandling for komplikationer m.m. indenfor typisk to år, og 3. en komponent, der honorerer forbedring i sundhedstilstand. I et eksempel vedr. rygkirurgi præsenteret af Porter på en konference i København i november 2014, var de tre komponenter hhv. 1. 42.044 SEK, 2. 4.357 SEK og 3.136 SEK –svarende til 10% af basispakken. I andre eksempler tales der om godt 3% (Wohlin J and et al 2012), der efterbetales efter en vis tid er forløbet siden udskrivningen. Der arbejdes også med risikjustering, typisk baseret alder.

Der slås således to fluer med et smæk: Forløbstakster og fokus på sundhedsmæssig effekt. Ophavsmændene tror, at det på sigt vil føre til besparelser, fordi bedre (outcome)kvalitet fører til besparelser.

Der tales om en 'ny' metode til omkostningsberegning udviklet af ophavsmanden til activity based costing, ABC, som har været brugt i Danmark til beregning af DRG-takster. Nu tales der i stedet om 'time driven activity based costing' (Kaplan R and Anderson SR 2015), som i realiteten blot er en (god) forenkling af den gammelkendte ABC-metode. Hertil kommer, at der også tales om en 'ny' grupperings-algoritme – tilsyneladende lidt svarende til den, der oprindeligt blev brugt ved DRG-grupperingen (Pedersen 1987).

En af udfordringerne, når der dukker 'nyt' op, er at gennemskue, hvor forskelligt det er sammenlignet med det eksisterende. Eksempelvis er DRG i den simple form jo også en slags forløbsbaseret betaling (Lindgren P 2014). Det er alene et spørgsmål om, hvor meget forløbet omfatter, incl. forløb uden for sygehuset.

De anvendte outcome-mål er simple. Typisk smerte i de svenske eksempler. I forhold til knæ-og hofteproteser samt rygooperationer forekommer funktionsevne at være mere relevant eller som minimum et vigtigt supplement. De to nævnte internationale konsulentfirmaer samt Karolinska i Stockholm har dannet The International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM), der forsøger at indsamle standardiserede outcome-udtryk (ICHOM 2015). Porter og hans støtter fremhæver, at 'kvalitet' er for uklart et udtryk at bruge, bl.a. fordi der ofte er tale om proces-indikatorer og ikke egentlige outcome-mål, jfr. hvad der også dominerer i de danske kvalitetsdatabaser (Databasernes Fællessekretariat 2015) og den danske kvalitetsmodel.

Som afregningssystem kan værdibaseret afregning meget let komme til at bryde med princippet om enkelhed og trans-

parens. Hertil kommer, at det i realiteten er en udvidet DRG-ordning, dvs. orienteret mod aktivitetsbaseret afregning. Ordningen diskuteres livligt i Sverige: Lige fra, at den ikke kan bruges på alle områder til, at det blot er (endnu) mere NPM (Engstrom 2014; Järhult B et al. 2015; Järhult et al. 2014; Nordenstrom 2014).

Den kommunale medfinansiering

Produktivitetskommissionens anbefalinger vedr. den kommunale medfinansiering er rigtige og særdeles relevante: At ordningen kun bør omfatte regionale sundhedsydelse, som kommunerne har en reel mulighed for at substituere. Jeg kunne ikke være mere enig (Pedersen KM 2006; Pedersen 2005).

Den kommunale medfinansiering er et eksempel på en økonomisk ordning, der hverken teoretisk eller empirisk er velbegrunderet. Den blev indført med kommunalreformen 1. januar 2007 og har trods vedvarende kritik været usædvanlig svær at ændre. Der vil være misvisende at hævde, at den blev analyseret i Strukturkommissionens rapport, hvor der max blev brugt en A4-side på idéen.

Den kommunale medfinansiering er altomfattende. Hver gang kommunernes borgere benytter det regionale sundhedsvæsen, skal hjemkommunen betale noget til regionen. Der er for praktiske formål ingen undtagelser. Grundideen med ordningen er, at denne betaling skulle give kommunerne et incitament til at substituere regionale sundhedsydelse med (billigere) kommunale tilbud. For en somatisk indlæggelse betaler hjemkommunen 34 pct. af den relevante DRG-takst, dog max. kr. 13.750 per indlæggelse. For almen praktiserende læge betales 10 pct. af honorarer for grundydelse

Listen over fejlræsonnementer ved den kommunale medfinansiering er pinefuld lang. Ordningen bryder med en række sjældent erkendte regler for incitament udover, at der overordnet er klare grænser for, hvad en kommune kan substituere – på såvel kort som lang sigt. Hvad med transplantationer, fødsler, kunstige hofter osv. – stort set al kirurgi, og hvad med blodpropper i hjerte og hjerne og kræftbehandling m.m., dvs. en del af de medicinske indlæggelser kan heller ikke substitueres.

Den første læreregel om incitament er, at man skal have et minimum af fagligt kendskab til og indleven i området, hvor ordningen sættes i værk. Alene af den grund skulle ordningen aldrig have omfattet alle regionale sundhedsydelse.

Den anden regel er, at man skal have rimelig kontrol over det, der skal substitueres. Det har således ofte været fremført, at kommunerne kan forebygge hospitalsindlæggelser, fx med forskellige akuttiltag (akutstuer på plejehjem, akutsygeplejersker m.m.). Her overser man imidlertid, at den reelle beslutningstager vedr. indlæggelser er de praktiserende læger, som kommunen i sagens natur ikke har instruktionsbeføjelse overfor.

Den tredje regel er, at hvis incitament skal være effektive, skal fordele/ulempere direkte berøre den/de involverede parter.

I modsat fald er det netop ikke incitament. En kommunal indsats for fx at forebygge fedme hos børn/teenagers vil i bedste fald først have virkning på forbrug af sundhedsydelse langt ude i fremtiden – og vil med tidens migrationsmønstre med høj sandsynlighed ikke tilfalde den investerende kommune.

Den fjerde regel er, at incitament naturligvis har to sider: Hvordan påvirker det kommunerne, og hvordan påvirker det sygehusene. Man har overset sygehusene i tænkningen bag den kommunale medfinansiering. Hvis sygehusene fx har udgående aktiviteter (såkaldt 'hospital at home'), hvor sygehuset afholder udgifterne og også har indtægtstab i form af færre ambulante eller stationære behandlinger, hvis indsatsen har en effekt, vil de økonomisk rationelt overveje at ophøre med sådanne aktiviteter og mene, at de bør overtages af kommunerne.

Den femte regel, apropos Produktivitetskommissionen regler vedr. samfundsøkonomisk vurdering: Hvad er marginalomkostningerne ved en kommunal indsats sammenlignet med marginalomkostningerne på sygehusene. Der er to hensyn: Hvad er marginalomkostningerne på sygehuset, og hvad koster en substituerende indsats i kommunen. Går denne ligning ikke op, kan ordningen meget let føre til en samlet stigning i sundhedsudgifterne: Den substituerende foranstaltning koster mere end marginalomkostningen på sygehuset for den tilsvarende behandling.

Der er udkommet to analyser af den kommunale medfinansiering, én fra 2010 (Indenrigs- og sundhedsministeriet and Finansministeriet 2010) og én fra 2013 (Finansieringsudvalget 2013). Det er bemærkelsesværdigt, at ingen af dem reelt set adresserer de grundlæggende spørgsmål ovenfor. Og i det omfang man nærmer sig kernen, fx om alle sundhedsydelse skal være omfattet eller kun de ydelse, hvor kommunerne har en reel substitutionsmulighed, jfr. Produktivitetskommissionens anbefaling, savner argumentationen dybde og forståelse. Som eksempel kan nævnes et eksempel med overvægtige gravide, der bruges som forsvar for, at alle sundhedsydelse skal være omfattet, s. 65 (Indenrigs- og sundhedsministeriet & Finansministeriet 2010).

Eksemplet er pinagtig derved, at svangrekontrol m.m. foregår i regionalt regi (alm. praktiserende læger og jordemødre). Skal eksemplet blot give lidt mening, må antagelsen være, at kommunerne kan forebygge overvægt hos kommende mødre, og selv da er det tvivlsomt.

Hvorfor så ikke ændre en så åbenbar meningsløs ordning. Svaret fremgår tydeligt af et notat fra det såkaldte 6-by-samarbejde (de seks største by-kommuner). Det hedder, at den kommunale medfinansiering, KMF, fungerer som et politisk instrument som medvirker til at sætte sundhed og forebyggelse på den kommunalpolitiske dagsorden, dvs. noget som især KL har en interesse i. Derimod kan KMF, hedder det videre, ikke betragtes som et økonomisk styringsredskab, der skaber de tiltænkte økonomiske incitament for kommunerne i forhold til forebyggelsesindsatsen. Indførelse af KMF skaber heller ikke

finansiering til at løfte forebyggelsesindsatsen i form af besparelser på KMF, da en forebygget indlæggelse typisk erstattes af anden aktivitet på hospitalerne, som kommunerne ligeledes skal medfinansiere (se ovenfor vedrørende denne problemstilling). En stadig større del af landets kommuner ønsker derfor, at modellen ændres, så der bliver overensstemmelse mellem incitamenter og de resultater, der skal opnås.

Konkluderende bemærkninger

Produktivitetskommissionens observationer vedr. økonomistyring, dvs. incitamenterne i offentlige afregningsordninger, er overordnet korrekte – uanset om det er på sundhedsområdet eller uddannelsesområdet. Den overfladiske lighed mellem de to områder – aktivitetsbaseret afregning – skjuler dog væsentlige forskelle. Bl.a. at sundhedsområdet i langt højere grad er ramme-styret via den årlige økonomiaftale end undervisningsområdet er. Dette skaber forskellige rammer for, hvordan aktivitetsbaseret afregning kan udfolde sig i praksis. Mulighederne for aktivitetsstyring via afregningsordningen har været udnyttet langt bedre på sundhedsområdet sammenlignet med undervisningsområdet.

En vigtig observation for begge områder er, at en afregningsordning ikke lige godt tjener flere formål. Derfor er en klargøring af, hvad der er hovedformålet, afgørende før man underkaster en ordning en kritisk analyse. I modsat fald risikerer man at rette bager for smed, hvilket i et vist omfang kan siges om såvel DRG-som taxameterordningen. Dernæst er det vigtigt at klargøre sig, om kritik, fx at volumen skulle gå ud over kvalitet, har såvel teoretisk som empirisk belæg.

Det er krævende at udforme incitaments-korrekte ordninger. Det kræver for det første et godt kendskab til fagområdet og gode økonomiske forudsætninger, især af den jordnære slags og i mindre grad mere eller mindre sofistikerede matematiske modeller, hvor antagelser forveksles med virkelighed, incl. den stereotype economic man. OG ikke mindst, at man kan kombinere kendskabet til fagområdet og de gode økonomiske forudsætninger. Udformningen af den kommunale medfinansiering er skræmmeeksemplet på, hvordan en ordning ikke skal udformes og viser næsten alle tænkelige fejl.

LITTERATUR

- Aghion, P. & Tirole, J. 1997. Formal and real authority in organizations. *Journal of Political Economy*, 105, 1.
- Ankjær A & Rath MB 2005, *Takststyring af sygehuse. 2. delrapport: Erfaringer efter et år med takststyring*, DSI, København, DSI rapport 2005.03.
- Anonym. Institute For Strategy & Competitive-ness. <http://www.isc.hbs.edu/health-care/Pages/default.aspx> 2015.
- Bech M, Lauridsen J, & Pedersen KM 2006. Giver øget brug af takststyring i sygehusvæsenet højere produktivitet? *Nationaløkonomisk Tidsskrift*, 144, (3) 326-342.
- Benabou, R. & Tirole, J. 2003. Intrinsic and extrinsic motivation. *The review of economic studies*, 70, (3) 489-520.
- Boston Consulting Group 2009, *A National Strategy for Value-Based Health Care as platform for industril development in Sweden*, Boston Consulting Group.
- Boston Consulting Group – Center for health care value. www.bcg.com/about_bcg/institutes/center_health_care_value/default.aspx. 2015.
- Danske Regioner 2013, *Nye incitamenter og en forbedret økonomisk styring i sundhedsvæsenet*, Danske Regioner, København.
- Danske Regioner, Finansministeriet, & Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2012, *Analyse af aktiviteten i sygehusvæsenet 2005-2010*, Ministeriet for sundhed og forebyggelse, København.
- Databasernes Fællessekretariat. Kliniske kvalitetsdatabaser. www.rkkp.dk/ 2015.
- Engstrom, I. 2014. NPM - en av de viktigaste frågorna. *Lakartidningen*, 111, (3-4) 68-69
- Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse 2014, *Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser - 2013*, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Glostrup.
- Feess, E. & Ossig, S. 2007. Reimbursement schemes for hospitals, malpractice liability, and intrinsic motivation. *International review of law and economics*, 27, (4) 423-441.
- Finansieringsudvalget 2013, *Analyse af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet*, Økonomi-og indenrigsministeriet, København.
- Finansministeriet, Danske Regioner, & Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2013, *Økonomiaftale for 2014*, Finansministeriet, København.
- Frey, B.S. & Jegen, R. 2001. Motivation crowding theory. *Journal of economic surveys*, 15, (5) 589-611.
- Holmas, T.H., Kjerstad, E., Luras, H., & Straume, O.R. 2010. Does Monetary Punishment Crowd Out Pro-social Motivation? A Natural Experiment on Hospital Length of Stay. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 75, (2) 261-267.
- ICHOM. The International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). www.ichom.org/#&panel1-3:// 2015.
- Indenrigs-og sundhedsministeriet, Amtsrådsforeringen, & m.fl. 2005, *Evaluering af takststyring på sygehusområdet*, Indenrigs-og sundhedsministeriet, København.
- Indenrigs-og sundhedsministeriet & Finansministeriet 2010, *Kommunal medfinansiering på sundhedsområdet*, Finansministeriet, København.
- Janus, K. & Browning, S.L. 2014. The Effect of Professional Culture on Intrinsic Motivation Among Physicians in an Academic Medical Center. *Journal of Healthcare Management*, 59, (4) 287.
- Järhult B, Secher E, & Akner B 2015. Slutreplik från Bengt Järhult och medförfattare: Värdebaserad vård – varför så bråttom? *Lakartidningen*. 2015;112.
- Järhult, B., Secher, E., & Akner, G. 2014. Värdebaserad vård lika illa som New public management. *Lakartidningen*, 111, (48) 2140-2141
- Kaplan R & Anderson SR 2015, *Time-Driven Activity-Based Costing*, Harvard Business School, Cambridge Mass, Harvard Business School Working Paper, No. 04-045, November 2003.
- Kolstad, J.T. 2013. Information and Quality When Motivation Is Intrinsic: Evidence from Surgeon Report Cards. *American Economic Review*, 103, (7) 2875-2910.
- Lindgren P 2014. Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer Stockholm, SNS Förlag.

- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse & Danske Regioner 2013, *Bedre incitamenter i sundhedsvæsenet*, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København.
- Nordenstrom, J. 2014. Värdebaserad vård kan ge bättre vårdutfall. *Lakartidningen*, 111, (39) 1631-1632 available from: PM:25253603
- Pedersen KM 2006. Kommunal medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen: Columbusæg eller misforster? *Samfundsøkonomen* (6)
- Pedersen KM 2013a. Fugle på taget. *Altinget - velfærdsteknologi*.
- Pedersen KM 2013b, »Økonomien i velfærdsteknologi,« *In Velfærdsteknologi i sundhedsvæsenet*, Fredskild TU, ed., København: Gads Forlag, pp. 69-100.
- Pedersen, K. 1987, *Diagnose-relaterede grupper: DRG. Baggrund, problemområder, kritikpunkter, vurdering i forhold til danske forhold.*, Institut for sundhedsøkonomi og sygdomsforebyggelse, Odense.
- Pedersen, K. 2005. *Kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet. En ide på sandgrund?* Odense, Syddansk Universitetsforlag.
- Pedersen, K., Bech, M., & Hansen, M. 2006. *Incitamentsstyring i sygehusvæsenet. Virkningen af øget takststyring og tilhørende incitamenter* Odense, University Press of Univesity of South-ern Denmark.
- Porter, M.E. 2010. What Is Value in Health Care? *The New England journal of medicine*, 363, (26) 2477-2481.
- Porter, M.E. & Teisberg, E.O. 2006. *Redefining health care: creating value-based competition on results* Boston, Harvard Business School.
- Produktivtetskommissionen 2013. *Styring, ledelse og motivation i den offentlige sektor. analyserapport 3* København, Produktivtetskommissionen.
- Produktivtetskommissionen 2014. *Uddannelse og Innovation. Analyserapport 4* København, Produktivtetskommissionen.
- Regeringen & Danske Regioner 2013. *Aftale om regionernes økonomi for 2014* København, Finansministeriet.
- Region Midtjylland 2013, *Projekt ny styring i et patientperspektiv – bruttoliste over mål*, Region Midtjylland, Viborg.
- Region Midtjylland 2014, *Projekt ny styring i et patientperspektiv – (opfølgning 29.10.2014)*, Region Midtjylland, Viborg.
- Region Nordjylland 2011, *Medicinsk Teknologivurdering af kirurgisk behandling af patienter med udvalget og hyppige skulderlidelser*, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Aarhus.
- Søgaard, R., Kristensen SR, & Bech M 2014, *Incentivising effort in governance of public hospitals: development of a delegation-based alternative to activity-based remuneration (paper to the Nordic Health Economists' annual conference, Iceland, August 2014)* Aarhus.
- Statens Serum Institut. Sammedagspakke takster 2014. www.ssi.dk/~media/.../Sammedagspakke%20takster%202014.ashx. 2015. RefType: Electronic Citation.
- Statens SerumInstitut 2014, *Nøgletal 3. kvartal 2014*, Statens Seruminstitut, København.
- Statens SerumInstitut. DRG og DAGS. www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Sundhedsokonomi%20og%20-finansiering/Sundhedsokonomi%20og%20DRG.aspx. 2015. RefType: Electronic Citation.
- SVEUS. Sveus - Nationell samverkan för värdebaserad ersättning och uppföljning i hälso- och sjukvården. www.sveus.se/. 2015. RefType: Electronic Citation.
- Wohlin J & et al 2012, *Uppföljningsrapport vårdval höft- och knäprotesoperationer. Preliminär analys, slutsatser och rekommendationer*, Stockholms Läns Landsting, Stockholm.