



Værdibaseret styring
-En ny kontrakt.

Bjørn Kallehauge Nielsen
Aalborg Universitet
10.semester, speciale modul
Politik og Administration
Afleveringsdato d.04.10.2017
vejleder: Lars Ehlers

Standardtitelblad

til seminaropgaver, praktikrapporter, projekter og specialer

Til **obligatorisk** brug på alle ovennævnte opgavetyper på:

- BA - politik og administration
- BA – samfundsfag som centralt fag og tilvalgsfag
- Kandidat – politik og administration
- Kandidat – samfundsfag som centralt fag og tilvalgsfag
- Cand. it i it-ledelse
- BA – offentlig innovation og digitalisering

Uddannelse:	Kandidat – Politik og administration	Semester:
		10.Sem
Udarbejdet af (Navn(e))		Modul
	Bjørn Kallehauge Nielsen	Speciale Modul
Opgavens art:	Speciale	
Titel på opgave:	Værdibaseret styring – En ny kontrakt	
Vejleders navn:	Lars Ehlers	
Afleveringsdato:	04-10-2017	
Antal normalsider (excl. bilag, indholdsfortegnelse og litteraturliste):	74,2	
Antal anslag (excl. bilag, indholdsfortegnelse og litteraturliste):	178.108	
Tilladte normalsider jf. studieordning/formalia i moodle:	75	

OBS! Hvis du overskrider de tilladte antal normalsider, kan din opgave afvises efter aflevering

Bjørn Kallehauge Nielsen
Studie.nr: 20123331

Abstract

The development in the Danish somatic hospitals has been successful in the period from the structural reform in 2007 and up to today, when measuring on a number of health and economic parameters. Thus, the waiting period for hospital treatment is reduced, hospital mortality has decreased, fewer patients reintroduced after hospitalization, and the activity and productivity in hospitals have increased significantly.

Despite this success, Danish hospitals are facing continued challenges of getting scarce public budgets to match the tasks that accompany an aging population, more people with chronic diseases and rapid evolving technological advancements, that each creates a higher demand for more and better health care services. It's a common understanding that the health care sector needs to find new ways of becoming more cost-effective to accommodate this demand.

In This candidate thesis, there has been worked with an academic problem, which is formulated as following "*What challenges does the current management model create in terms of the best possible utilization of the scarce resources made available to the somatic hospital services and how is it thought that value-based health care management should help solve these challenges?*"

In the thesis, the problem is formulated as two hypotheses:

1. the current financial management of the somatic hospitals unintentionally provides incentives for unnecessary activity while lacking incentives to develop new, better and more cost-effective treatments
2. the value-based health care management will result in greater focus on the effects of treatments, rather than quantity, which will lead to a behavior that, in effect, will mean less waste at the somatic hospitals, and provide incentives to develop new, better and more cost-effective treatments

The aim has of the study has been to investigate how the current way of managing and funding the somatic hospitals is creating obstacles against becoming more cost-effective, and how a new initiative called Value-based health care might function as a solution to some of these problems.

Regarding the first hypothesis, it is established in the study that the current way of managing and funding the somatic hospitals can create incentives to register activity in a faulty way, and to produce unnecessary activities, to secure the budgets, and by that disrupt the goal of being more cost-effective. At the same time, it is difficult for the hospitals to apply the best and or most cost-effective methods and procedures to treat patients because they are either not reimbursed or reimbursed less than the less effective methods. The informants link these problems mainly to the activity based financing, which is reinforced by the annually demand of increasing productivity by 2%.

Regarding the second hypothesis, the study shows that because the value-based management is guided by patient-oriented outcome goals, the agent will be measured on the quality of the treatments, as well as what drives the costs and rewarded for achieving good results. The Principal and the agent will therefore, in principle, act according to the same goals, which will reduce the waste in the hospital system.

The answer to the academic problem of the thesis is that the current management model results in waste because it does not provide strong incentives for the agent to pursue the same goal as the principal. Instead it creates incentives for the agent to implement activities that maximize his own goals, which does not necessarily create the best possible results for the patients or the most cost-effective solutions within the budgets. On the other hand, the value-based management model provides better opportunities for reducing waste and developing new effective patient pathways because it seeks to reward the agent for good patient outcomes. This means that the principal and agent will be more likely to pursue the same goals with a higher cost-effectiveness as a result. Furthermore, the data driven management, which is an integrated part of the new value-based management model will lessen the information asymmetry, by creating a common knowledgebase for both the principal and the agent, which in turn could lead to a stronger focus on better treatment of the patients.

Indholdsfortegnelse

1. Problemfelt	1
1.1 problemformulering	2
1.2 hypoteser	2
1.3 Afgrænsning	2
1.4 Fremgangsmåde og designfigur	3
2. videnskabsteoretiske, teoretiske og metodiske overvejelser	4
2.1 Kritisk Realisme	5
2.1.1 Ontologi/det intransitive niveau	5
2.1.2 Epistemologi/det transitive niveau	6
2.1.3 Anvendelse af kritisk realisme	6
2.2 Teori	7
2.2.1 Principal-agent (PA) teorien	7
2.2.2 Principal-agent (PA) forholdet	8
2.2.3 Kontraktuelle problemstillinger	9
2.3. Metode	11
2.3.2 Dokumentanalyse	11
2.3.3 Kvalitative interview.	12
3. Nuværende økonomistyring af sundhedsvæsenet.	15
3.1 Styringsværktøjerne i den nuværende økonomistyring	15
3.1.1 Mål- og Rammestyring	15
3.1.2 Takststyring	16
3.1.3 Kontraktstyring	17
3.1.4 DRG-systemet	19
3.2 Styringen af Sundhedsvæsenet	21
3.2.1 Økonomistyring af regionerne	21
3.3 Analyse 1 – problemer i den nuværende styring?	28
3.3.1 Den nuværende styring i et Principal-Agent (PA) perspektiv	28
3.3.2 Analyse af den nuværende styring	29
3.3.3 Problemer i den nuværende styring.	32
3.4 Delkonklusion	35
4. Den værdibaserede styring af sundhedsvæsenet.	37
4.1 Value-based Health Care	37
4.1.1 Integrated practice units (IPU's)	37
4.1.2 Measure outcomes & costs for every patient	38



4.1.3 Measuring Costs.....	39
4.1.4 Bundled Pricing.....	40
4.1.5 System integration.....	40
4.1.6 Geographic expansion.....	41
4.1.7 Information Technology Platform.....	42
4.2 Analyse 2 – den værdibaserede styring.....	43
4.2.1 Indledning.....	43
4.2.2 Værdibaseret styring – danske regioner.....	43
4.2.3 Kvalitative interviews om den værdibaserede styring.....	50
4.3 Delkonklusion.....	56
5. Diskussion og konklusion.....	58
5.1 Konklusion.....	60
6. Litteraturliste.....	61
7. Bilag.....	65

1. Problemfelt

Udviklingen i det danske sygehusvæsen har målt på mange parametre været en succes, set over de sidste 10 år. Ventetiden på sygehusbehandling er reduceret, sygehusedødeligheden er faldet, færre patienter genindlægges efter udskrivning fra sygehuset, og aktiviteten og produktiviteten i sygehusvæsenet er steget.

Regionerne har næsten lige så længe været i stand til at overholde deres budgetter, hvilket er en præstation da regionerne siden 2007 har været underkastet et årligt produktivetskrav på 2% og samtidigt har været underkastet en række behandlings- og udredningskrav, samt f.eks. voksende udgifter til sygehusmedicin.

En af de væsentligste udfordringer for sundhedsvæsenet i de kommende år bliver at skabe mere og bedre sundhed i en situation med pres på de offentlige udgifter, som følge af ændringer i den demografiske udvikling og i sygdomsbilledet, samt pres fra den teknologiske udvikling og en stadigt stigende efterspørgsel efter sundhedsydelse.

Hertil kommer at kommunernes opgaver på sundhedsområdet fra 2007 er udbygget kraftigt med en lang række forebyggelsesaktiviteter og forskellige typer af akutte plejeindsatser, der skal bidrage til at forebygge indlæggelser og genindlæggelser og hjemtage færdigbehandlede patienter. Og regionerne har bl.a. udarbejdet forløbsprogrammer for patienter med kronisk sygdom, som også omfatter indsatsen i kommunerne og almen praksis.

Der er almindelig enighed om at den nuværende styringsmodel har resulteret i at en kraftig vækst i såvel udskrivinger og ambulante besøg på de somatiske sygehuse, har kunnet rummes økonomisk indenfor kun svagt stigende budgetter igennem de seneste 10 år.

Tre problemstillinger synes imidlertid at manifestere sig. For det første synes der på trods af den umiddelbare succes, at tegne sig et billede af at en del af den kraftige aktivitetsstigning i virkeligheden må betegnes som spild i form af unødvendige ambulante besøg og behandlinger (Jyllands-Posten, 2017), (JydskeVestkysten, 2017). For det andet er kvaliteten ikke nødvendigvis helt i top på sygehuse (Berlingske, 2015), og for det tredje sikrer koordineringen på tværs af sektorer ikke at aktiviteter i sundhedsvæsenet sker på det laveste effektive omkostningsniveau (Den offentlige, 2017).

En fjerde og selvstændig problemstilling er at der synes at være en udbredt træthed i sygehusvæsenet over det årlige produktivetskrav på 2 pct. (Ft.dk, 2016).

Regionerne har i flere gange omgange overfor staten fremsat ønsker om en nye styringsmodel, hvor aktivitetselementer kommer til at spille en mindre rolle end i dag, og at fokus i stedet lægges på effekt, i form af patientnære mål og kvalitetsmål. Ved disse lejligheder har regionerne også fremsat et stærkt ønske om produktivetskravet afskaffes.

1.1 problemformulering

På baggrund af den udvikling der blev beskrevet ovenfor vil følgende problemformulering blive undersøgt i dette speciale:

"Hvilken udfordringer skaber den nuværende styringsmodel, i forhold til den bedst mulige udnyttelse af de knappe ressourcer der stilles til rådighed for det somatiske sygehusvæsen, og hvordan er det tænkt at værdibaseret styring skal være med til at løse disse udfordringer".

På baggrund af problemformuleringen, er der udformet 2 hypoteser, der skal danne rammen for specialets undersøgelser og analyser.

1.2 hypoteser

Den første hypotese vil beskæftige sig med den nuværende økonomistyring af de somatiske sygehusvæsen og de mekanismer der gør sig gældende inden for denne. I specialet arbejdes der således ud fra en antagelse om at *"den nuværende økonomistyring af de somatiske sygehuse utilsigtet giver incitamentet til unødvendig aktivitet og samtidigt mangler incitamentet til at udvikle nye, bedre og mere omkostningseffektive behandlingsformer"*. Den unødvendige aktivitet består i overflødige ambulante kontrolbesøg, ukoordineret aktivitet mellem specialerne og unødvendige og uhensigtsmæssige indlæggelser. De manglende incitamentet til at udvikle nye, bedre og mere omkostningseffektive behandlinger er begrundet i, at der kun afregnes for aktiviteter der på forhånd er beregnet en DRG-takst for. Det er ikke nye antagelser, de kan findes mange steder i den faglige og administrative litteratur, men om det er en realitet og i givet fald hvad omfanget er, er specialeskriveren bekendt aldrig blevet dokumenteret/opgjort.

Hypotesen vil blive søgt sandsynliggjort igennem interview med en række aktører indenfor sygehusvæsenet og teoretisk forklaret ud fra et principal-agent (PA) perspektiv.

Specialets **anden hypotese** beskæftiger sig med værdibaseret styring, ud fra en forståelse af, at værdibaseret styring skal være med til at løse nogle af de udfordringer den nuværende økonomistyring står over for. Specialets antagelse er, at *"værdibaseret styring vil betyde at der kommer et større fokus på effekten af behandlinger, frem for kvantiteten, hvilket vil lede til en adfærd der i realiteten vil betyde mindre spild på de somatiske sygehuse, samt give incitamentet til at udvikle nye, bedre og mere omkostningseffektive behandlingsformer"*.

Hypotesen vil, som det også var tilfældet ved den første hypotese, blive søgt sandsynliggjort igennem interview med en række aktører indenfor de somatiske sygehuse i Danmark og teoretisk blive forklaret ud fra et PA-perspektiv.

1.3 Afgrænsning

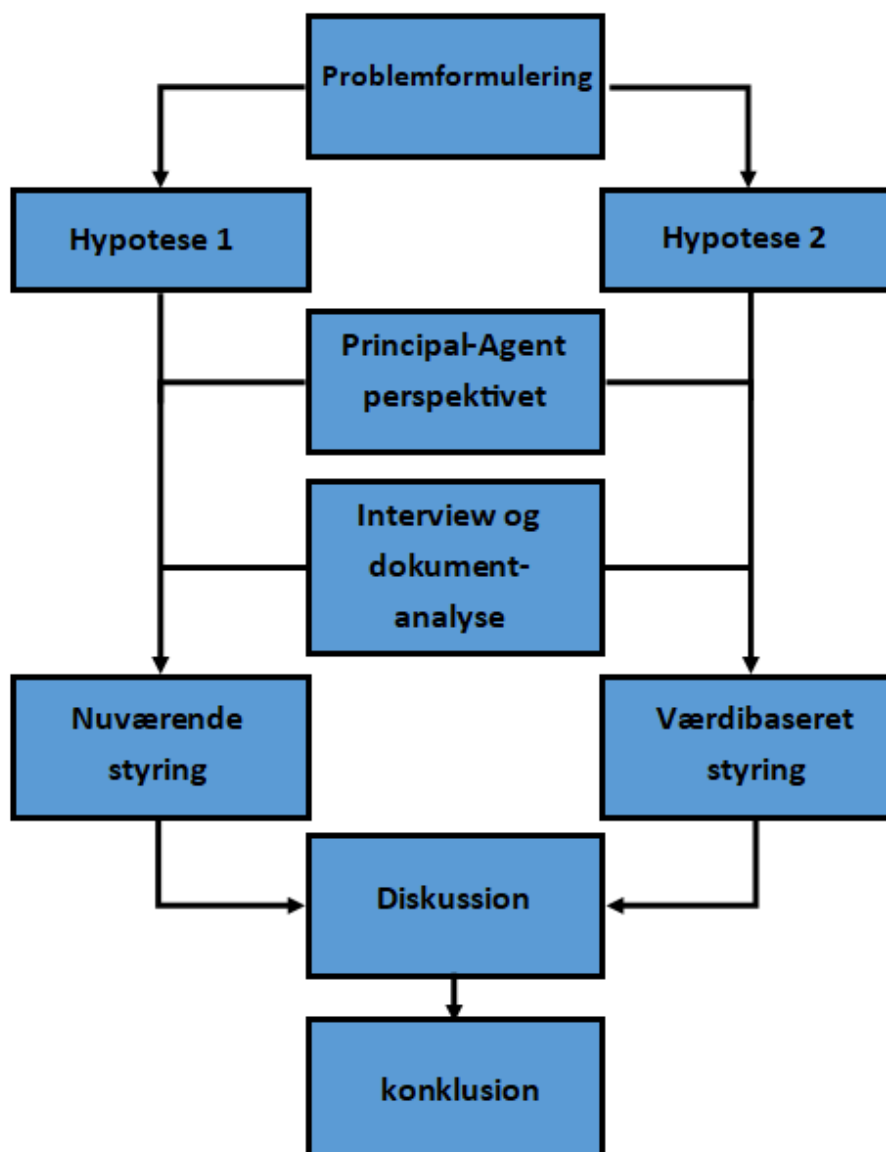
Med henblik på at afgrænse specialets genstandsfelt er diskussioner og analyser af regionerne og sundhedsvæsenet generelt afgrænset til at omhandle de somatiske sygehuse.

På samme måde er emnet for specialet afgrænset til kun at omhandle den økonomiske del af den generelle styringen af de somatiske sygehuse.

1.4 Fremgangsmåde og designfigur.

Specialets fremgangsmåde vil foregå som illustreret i designfiguren:

Figur 1.1



(Kilde: Egenproduktion)

Som redegjort for ovenfor, er der til at undersøge og besvare problemformuleringen opstillet 2 Hypoteser omhandlende henholdsvis den nuværende styring af sundhedsvæsenet, og den værdibaseret styring. Specialets hypoteser vil blive undersøgt i hver deres kapital på baggrund af specialets empiri, henholdsvis dokumentmateriale og interviews. Dette vil lede til en diskussion af resultaterne fra de 2 analyser til besvarelse af specialets problemformulering i specialets konklusion.

2. videnskabsteoretiske, teoretiske og metodiske overvejelser

Det videnskabsteoretiske syn på verden som anlægges i specialet, danner udgangspunkt for den forståelsesramme, som den anvendte teori og de anvendte metoder skal forstås indenfor. I specialet er det videnskabsteoretiske udgangspunkt den såkaldte *kritiske realisme*. Udtrykt i stikord er de vigtigste af den kritiske realismes karakteristika:

- 1) at den er realistisk, dvs. antager at verden eksisterer uafhængigt af betragteren.
- 2) at den er dyb og niveaudelt, dvs. at virkeligheden ud over begivenheder og empiriske observationer også indeholder mekanismer og strukturer der ikke lader sig erfare.
- 3) at den er åben og differentieret, dvs. at de fænomener vi kan iagttage som begivenheder eller empiriske data er et resultat af et tilfældigt mix af mange mekanismer og strukturer på det dybe niveau, og der forekommer derfor stort set ikke empiriske regelmæssigheder spontant. Videnskaben må derfor opgive at forudsige, men må nøjes med at forklare. At virkeligheden er differentieret betyder at den indeholder objekter med vidt forskellige kausale sammenhænge. Når en undersøgelse skal foretages, er det derfor af stor betydning, at der tages udgangspunkt i en præcis og detaljeret beskrivelse af undersøgelsens genstandsfelt (ontologien).

Det der undersøges i dette speciale er, hvordan forskellige styringsmodeller fungerer i sygehusvæsenet i Danmark. Med udgangspunkt i den kritiske realisme, er det specialets opfattelse at styringsmodeller virker vidt forskelligt i forskellige dele af sundhedsvæsenet, afhængig af hvordan grundforudsætningerne er på de områder, hvor de tages i anvendelse. F.eks. vil man i sygehusvæsenet agere vidt forskelligt for at overholde et rammebudget, alt efter om man arbejder i akut afdeling, hvor man ikke ved præcist hvor mange man skal behandle, eller man arbejder på en afdeling med planlagte operationer, hvor man med stor sikkerhed kan forudsige flowet af patienter.

Med henblik på, at vurdere hvordan styringsmodeller fungerer i sundhedsvæsenet arbejdes der i specialet med et teoretisk udgangspunkt, der betegnes som "principal-agent perspektivet". Formuleringen "perspektivet" er valgt, fordi der arbejdes med samme forståelse af forholdet mellem opgavestiller og opgaveudfører, som PA-teorierne beskriver det, nemlig en relation, hvor opgavebestilleren (principalen) og opgaveudføreren (agenten) ikke nødvendigvis har sammenfaldende interesser, og hvor principalen hele tiden søger at sikre, at de ressourcer der stilles til rådighed for agenten, anvendes på den måde principalen havde tænkt sig. Men der arbejdes der imod ikke med den matematiske og spilteoretiske side af disse teorier.

Der er således med et kritisk realistisk videnskabsteoretisk udgangspunkt, valgt at arbejde med en undersøgelsesmetode, hvor relationerne i den offentlige sektor kan forstås som et forhold mellem principal og agent i et hierarkisk system, hvor agenten på et overliggende niveau, ofte vil være principalen på det næste niveau. Der er således en forståelse af, at der i relationen mellem principalen og agenten vil være en "kamp" i varierende grader, alt efter hvordan organisationen er opbygget, hvilke typer medarbejdere der er tale om osv., om anvendelsen af ressourcerne.

Metoden i dette speciale er primært deduktiv, i det der tages udgangspunkt i en teoretisk forklaringsramme – PA-perspektivet – for at forklare de begivenheder og fænomener der kan iagttages i virkeligheden. De metodiske værktøjer der er anvendt i specialet for at få indsigt i virkeligheden er dels dokumentstudier og dels kvalitative strukturerede interviews.

2.1 Kritisk Realisme

Fremstillingen af den kritiske realisme i specialet tager udgangspunkt i tre forskellige kilder, først og fremmest Hubert Buch-Hansens og Peter Nielsens bog *Kritisk realisme* (Buch-Hansen & Nielsen, 2014), der næst Jesper Jespersen kapitel om Kritisk realisme i *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne* (Jespersen, 2012) og endelig *Videnskabsteori* af Jan Holm Ingemann (Ingemann, 2013). Det skal bemærkes, at det kun er Hubert Buch-Hansen og Peter Nielsen der anvender begreberne den transitive dimension og den intransitive dimension, som anvendes i afsnittet om kritisk realisme, og som stort set dækker det samme som begreber epistemologi og ontologi. De to øvrige kilder anvender ikke disse begreber.

Den kritiske realisme tager udgangspunkt i at den virkelighed der undersøges eksisterer uafhængigt af iagttageren/forskeren, og at det er virkeligheden der undersøges og ikke virkeligheden der forklares ud fra bagvedliggende uforanderlige lovmæssigheder. Den kritiske realisme lægger derfor i sin metodologiske tilgang afgørende vægt på, at den metode der anvendes i en konkret undersøgelse afhænger af genstandsfeltets ontologi.

At den metode der anvendes til en konkret undersøgelse afhænger af genstandsfeltets ontologi, betyder at det vil være forskellige teoretiske forklaringsmodeller og metoder der anvendes til at forklare f.eks. virkningen af EU's indre marked på medlemslandenes velstand, digitaliseringens påvirkning af arbejdsløsheden i Nordjylland, eller den danske fastkurspolitikens betydning for væksten i den danske økonomi. Genstandsfeltets (EU's medlemslandene, arbejdsmarkedet i Nordjylland, den danske (makro)økonomi) ontologi (relevante strukturer, magtrelationer, samspilmekanismer mv.) er af stor betydning for hvilke teoretiske forklaringsmodeller der er relevante for belysning af problemstillingen, og hvilke metoder der må tages i anvendelse for at tilvejebringe relevante data. Dette udtrykkes i den kritiske realisme, som at den viden der kan opnås er kontekstuel, altså afhænger af den konkrete kontekst.

En grundig beskrivelse af genstandsfeltets ontologi er derfor af stor betydning for den analyse der skal gennemføres. I dette projekt er genstandsfeltet det offentlige sundhedsvæsen og ontologien er en beskrivelse af genstandsfeltets organisering, magtrelationer, incitamentsstrukturer, men også hvad der f.eks. betinger hvordan incitamentet påvirker systemets aktører. I dette projekt vil et af de teoretisk/metodiske udgangspunkter være en principal – agent model, hvor viden er asymmetrisk, f.eks. i den forstand at principalen ikke har en fuldstændig viden om hvordan agenten agerer, og hvilke overvejelser agenten har om hvad der gavner ham.

2.1.1 Ontologi/det intransitive niveau

Den kritiske realisme opdeles overordnet set i det intransitive niveau og transitive niveau. *Det intransitive niveau* er den kritiske realismes ontologiske niveau. som nævnt ovenfor tager den kritiske realisme udgangspunkt i, at der er en objektiv virkelighed der kan erfares, og at den eksisterer uafhængigt af iagttageren. Men virkeligheden er dyb og består af flere lag. Erfaringer og observationer kaldet hhv. det empiriske og faktiske lag er det der umiddelbart kan iagttages, men virkeligheden har også et dybere lag, som ikke umiddelbart kan iagttages, kaldet det virkelige niveau. Det virkelige niveau er de kausale potentialer og tendenser som forklarer de erfaringer og observationer vi gør os.

Når der tales om kausale potentialer og tendenser og ikke om kausale sammenhænge, og om forklaringer og ikke forudsigelser, skyldes det flere forhold. For det første er virkeligheden så kompleks, at de erfaringer og observationer vi gør os er resultatet af mange forskellige mekanismers påvirkninger og samspil. Udfaldet af en konkret handling/indsats kan altså være lidt forskellig fra gang til gang. For det andet er det dybe lag ikke noget der direkte kan ses og erfares, og præsentationen af de sammenhænge vi mener at have iagttaget er underkastet sprogets begrænsninger og dermed usikkerhed.

Ud over at der arbejdes med mange forskellige mekanismer, arbejdes der også med flere niveauer i de tre lag der indgår i det intransitive niveau (det empiriske, det faktiske og de virkelige). Den kritiske realismes udgangspunkt er således at der arbejdes med begrænset og usikker viden. Dels fordi genstandsfeltets ontologi kan ændre sig, dvs. at

relationer og sammenhænge ændrer sig over tid, noget forsvinder andet kommer til. Dels fordi mekanismerne på det dybe lag måske ikke forstås korrekt.

2.1.2 Epistemologi/det transitive niveau

Det transitive niveau er betegnelsen for den epistemologi som den kritiske realisme arbejder med, dvs. hvordan og under hvilke betingelser viden kan opnås. Den måde der kan opnås viden på under det transitive/epistemologiske niveau er betinget af det intransitive/ontologiske niveau. Som nævnt ovenfor finder den kritiske realisme, at genstandsfeltets ontologi er kontekstuel og at denne kontekst er foranderlig (der arbejdes med en åben ontologi), hvilket betyder at der ikke kan opnås såkaldt sikker viden.

At viden ikke er sikker betyder naturligvis ikke, at det ikke er værd at arbejde med den. At viden ikke er sikker deles f.eks. også med Poppers kritiske rationalisme, hvor en teori aldrig kan bevises, men i bedste ikke er falsificeret.

Som nævnt tidligere betinger genstandsfeltets ontologi, dets kontekst, det overordnede valg af metode. Det er således muligt både at anvende induktive og deduktive metoder, og også en kombination af disse to betegnet som retroduktion. Retroduktion, skulle således være en metode, hvor der søges udledt tilsyneladende regulariteter vha. den induktive metode, der med udgangspunkt i disse regulariteter afløses af deduktiv hypoteseformulering og her ud fra forsøg på at løse det opstillede problem.

2.1.3 Anvendelse af kritisk realisme

I det følgende vil det blive beskrevet, hvordan den kritiske realisme vil blive søgt anvendt i den foreliggende rapport.

2.1.3.1 Genstandsfeltets ontologi

I kapitel 5 vil de somatiske sygehuses (genstandsfeltets) ontologi (struktur, relationer, magtforhold m.v.) blive beskrevet i detaljer. Udgangspunktet er at der er tale om kompleks organisering, hvor der internt på sygehuse er en række samspil der reguleres af forskellige aftaler og regelsæt, som er mere eller mindre klart og entydigt beskrevet, som derfor er åben for fortolkning, og hvor der er muligt at manipulere med målopfyldelsen. Ydermere er det ikke muligt at skaffe fuldt overblik over enkelt aktørers handlinger.

Relationerne mellem sygehusene, regionerne og staten er ligeledes meget komplekse, og aftaler og regelsæt er heller ikke her altid helt gennemsigtige og logiske. Der er i disse relationer endnu længere mellem aktørerne end internt på sygehusene.

2.1.3.2 Det empiriske lag

Det empiriske lag er repræsenteret vha. dels 7 kvalitative interviews, hvor 7 forskellige aktører får stillet spørgsmål om en række forhold vedr. den aktuelle styringsmodel i sygehusvæsenet, og vedr. den fremtidige styringsmodel. Med hensyn til den fremtidige styring bygger svarene naturligvis på forventninger til denne. Disse svar kan være begrundet i de interne materiale og diskussioner, der har været ført om især Porters model (herom senere). Tre af informanterne har mere "hands on" erfaring, da de alle tre på forskellig måde har tilknytning til de pilotforsøg der er i gang i regionerne med henblik på at indføre en nye styringsmodel.

Desuden bygger overblikket over de empiriske lag på en række rapporter, arbejdspapirer og andre trykte dokumenter, samt websider hvor forskellige oplysninger om arbejdet med såvel den gamle som den nye styringsmodel er beskrevet. Kilderne indeholder ud over faktuelle oplysninger også beskrivelser af hvordan konkrete afregningsmodeller virker igennem incitamenter. Både de direkte videnskabeligt baserede udsagn og de mere ekspertbårne udsagn synes at være begrundet i PA-teori.

2.1.3.3 Det faktiske lag

Det faktiske lag og det empiriske lag smelter stort set sammen i dette projekt til et empiriske/faktisk lag, da det har været vanskeligt at gennemskue, hvornår der, i en kritisk realistisk forståelse, er tale om empiri og hvornår der er tale begivenheder.

2.1.3.4 Det virkelige lag

Analysen af de kausale potentialiteter og tendenser i det virkelige lag eller det dybe lag, sker i dette speciale vha. den deduktive metode, i det den måde som styringsmodellerne rent faktisk fungerer på, trods de intentioner der har været med den styringsmodel de er en del af, sker ud fra et PA-perspektiv.

Dette perspektiv er nærmere forklaret nedenfor.

2.2 Teori

Vi har med udgangspunkt i en **kritisk realistisk** verdensforståelse, valgt at forstå relationerne mellem aktørerne i den offentlige sektor som et forhold et PA-forhold i et hierarkisk system, hvor agenten på et overliggende niveau, ofte vil være principlen på det næste niveau. Vi har således en forståelse af, at der i relationen mellem principlen og agenten vil være en "underliggende kamp" om hvilke mål der styres efter, og hvordan de afsatte ressourcer anvendes.

Anvendelsen af et kritisk realistisk videnskabsteoretisk udgangspunkt betyder, at der må tages højde for ontologiens (genstandsfeltets) konkrete udformning, når der skal gives forklaringer på udfaldet af den underliggende kamp og hvordan de mål der skal indfries falder ud. Resultater af en bestemt styrings set up vil således, teoretisk set, kunne have forskellige udfald, alt efter f.eks. hvilke typer patienter der skal behandles, hvordan patientforløb konkret er organiseret osv.

Agenten vil ofte have mange andre formål end, maksimering af indtjeningen, især når der ses på den offentlige sektor, hvor sammenhængen mellem agentens ageren og agentens økonomiske stilling ikke er særlig direkte. Opereres der med resultatkontrakt vil der evt. kunne etableres en relation, hvor agenten søger at opnå de bedste resultater, for at opnå en bonus. Ofte er det dog en række andre formål der søges indfriet. Her kan f.eks. nævnes optimering af budget, fastholde/udvide antallet af stillinger m.v.

2.2.1 Principal-agent (PA) teorien.

PA-teorien kan overordnet betegnes som en del af den rationelle nyinstitutionalisme, udviklet med inspiration fra den økonomiske teori. PA-teorien belyser de konsekvenser der opstår, når en aktør delegerer kompetencen til at udføre en opgave til en anden aktør. Aktøren der delegerer opgaven er således principlen og den der modtager kompetencen er agenten (Grøn & Hansen, 2011).

PA-teorien er således en brugbar teoretisk ramme til at undersøge og beskrive forholdet mellem forskellige Principler i en organisation, og de agenter de forsøger at styre, og kan derigennem hjælpe os med at opnå indsigt i diverse styrings og ledelses problematikker.

Teorien er imidlertid blevet kritiseret for sine underliggende antagelser om organisationsprocesser og menneskelig adfærd, bl.a. er den blevet beskyldt for ikke at angive faktisk information om nogle forhold overhoved, samtidig med den skulle være triviell og minimalistisk (Bergen et al., 1992, s.1) Det er imidlertid klart at teorien beskæftiger sig med en relevant problemstilling i forhold til styring og ledelse, hvilket gør den relevant i forhold til specialets problemstilling og hypoteser, samtidig vurderes det at sandheden omkring teorien eksistere et sted mellem de kritiske tunger og dens tilhængere

2.2.2 Principal-agent (PA) forholdet

PA-teorien bygger på en række antagelser, som den deducerer en række teoretiske påstande på baggrund af. Der er således 3 grundlæggende antagelser i PA-teorien:

1. Individder er egen nyttemaksimerende.
2. Det er uoverensstemmelse mellem principaler og agents mål.
3. Der er en informationsasymmetri mellem principalen og agenten.
(Grøn & Hansen, 2011, s.64).

Den første antagelse er selve drivkraften i teorien. Det er det forhold, at aktørerne søger, at maksimere deres nytte som skaber dynamik i systemet, da der jf. antagelse 2 og 3, som udgangspunkt ikke kan nås en situation, hvor både principalen og aktøren kan maksimere deres nytte samtidigt. Udgangspunktet for teorien er således, hvordan principalen kan sikre sig den størst mulige nytte af de ressourcer der stilles til rådighed for agenten, når agenten samtidigt søger at sikre så stor en nytte som muligt af de ressourcer principalen stiller til rådighed for agenten.

Antagelse to og tre resulterer i det man inden for PA- teorien kalder agentproblemet. Den første del af agentproblemet går ud på, at principalen ikke kan være sikker på at agenten har det samme mål som principalen selv. På sygehusområdet vil det, f.eks. være principalens ønske, at agenten anvender de delegerede ressourcer til at producere den aktivitet der giver patienterne så stor nytte som muligt, mens det f.eks. kan være agentens ønske at producere en aktivitet af en størrelse og sammensætning som f.eks., på samme tid, sikrer tilstrækkelig DRG-indtjening til at fastholde personale, leve op til stillede indtjeningskrav, og overholde mål for indfrielse af udrednings- og behandlingsgarantier m.v. De mål som agenten forfølger kan lede til spild/unødvendig aktivitet.

Den anden del af agentproblemet handler om principalens behov for at overvåge agenten, for at holde styr på at agenten forfølger principalens mål. Det er her den 3. antagelse kommer ind i billedet idet principalen og agenten ikke besidder den samme information. Det ville være dyrt for principalen af opnå den samme viden som agenten, og der opstår derfor transaktionsomkostninger. Agenten er ansat på grund af sine specielle kvalifikationer, det er svært for en uden samme kvalifikationer at vurdere agentens indsats. For at opnå fuld information må principalen derfor i princippet ansætte endnu en agent med samme specifikationer, kun til at holde øje med den første agent, hvilket betyder at det er både svært og dyrt at overkomme informationsasymmetrien (Grøn & Hansen, 2011, s.64-65).

Som nævnt ovenfor kan PA forhold eksistere på mange forskellige niveauer i en organisation (Bergen et al., 1992, s.1). I specialet arbejdes der først og fremmest med forholdet mellem stat og sygehusejerne (regionerne), men også mellem regionen og de somatiske sygehuse, og endeligt også mellem sygehusenes ledelser og klinikernes ledelser osv. nedad i organisationen.

I de kvalitative interviews, der arbejdes med senere i specialet, bliver der i princippet kun talt med agenter. De problemer der behandles i interviewene er, hvordan agenterne opfatter de begrænsninger som principalen, pga. af de styringsværktøjer der anvendes, lægger på deres muligheder for at handle effektiv. Det antages således, at agenterne på sygehusene gerne vil anvende deres ressourcer mest effektivt i forhold til de aktiviteter der gavner patienterne, men ikke for enhver pris. Agenten vil være fristet til at suboptimere, hvis de anvendte styringsværktøjer betyder, at f.eks. medarbejderstabens størrelse ikke kan opretholdes, eller indfrielse af en resultatkontrakt ikke kan opnås, med mindre at der produceres unødvendige aktiviteter, eller at der vælges en mindre effektive løsning som udløser en større afregning end den mest effektive løsning.

Forståelsen af principalbegrebet er dobbelt i specialet. På den ene side er principalen den modpart, som er ansvarlig for udformning af det kontrakt- og kontrolregime der arbejdes under, og det kan som sagt være stat, region, sygehus, klinik og afdeling i forhold til agenter på et lavere niveau. På den anden side antages det at principalens mål svarer til det samfundsmæssigt optimale, dvs. de bedst mulige behandlinger udført omkostningseffektivt under

hensyntagen til de fastsatte budgetbegrænsninger, og i denne sammenhæng bliver principalen identisk det bedst opnåelige resultat.

Indenfor PA-teorien anvendes begrebet kontrakt om det forhold, der opstår mellem principalen og agenten når de indgår i et samarbejde, hvor principalen delegerer arbejde til agenten. PA-teorien kan anvendes til at sige noget om, hvordan der indgås den mest effektive kontrakt til at styre forholdet mellem principalen og agenten, ud fra det der kendetegner dem. Samtidig skal kontrakten også tage højde for usikkerheder i det omkringliggende miljø, i forhold til organisationen samt omkostningerne ved informationsasymmetrien. Det er desuden vigtigt at være opmærksom på, at når PA-teorien snakker om effektivitet, menes der det er effektivt for principalen, og derfor skal den mest effektive kontrakt også forstås som den der skaber det bedste resultat for principalen, fremfor om der skabes den største fælles nytte (Bergen et al., 1992, s.2).

Logikken i PA-teorien er således at principalen skal forsøge at lave en kontrakt med agenten, der gennem de rette incitamenter, både positive og negative, tilskynder agenten til at adopterer den adfærd og foretage de handlinger principalen ønsker. Det skal bemærkes at teorien forudsætter, at den opgave principalen delegerer er forbundet med omkostninger for agenten, og at agenten af natur vil foretrække ikke at udfører de handlinger principalen efterspørger, ellers ville det ikke være nødvendigt for principalen at skabe økonomisk tilskyndelse for at få agenten til at udføre opgaven som principalen ønsker det (Andersen et al., 2017, s.18).

2.2.3 Kontraktuelle problemstillinger

Ifølge Bergen et. Al. (1992) møder principalen 2 distinktive problemstillinger, når denne skal indgå en kontrakt med agenten. Det ene problem forholder sig til den situation, hvor en principal søger at indgå en kontrakt med en agent denne endnu ikke har det store kendskab til. Den problemstilling er **Prækontraktuel** også beteges **Hidden information**. Problemet her er at principalen ikke ved om agenten har de kompetencer der efterspørges, eller hvilken strategi der skal bruges for at finde frem til det. Den problemstilling kan f.eks. opstå når en organisation søger nye leverandører eller skal ansætte nye folk.

Det andet problem forholder sig til den situation, hvor principalen og agenten har indgået et samarbejde. Denne problemstilling er **postkontraktuel**, og kaldes **Hidden action**. Problemstillingen går her ud på hvordan principalen bedst muligt skaber incitamenter for og evaluere på agenten, for at sikre at agenten forbliver motiveret til at handle i overensstemmelse med principalens ønsker og samtidig giver principalen den information der er nødvendig for at principalen kan sikre sig at det også forholder sig sådan (Bergen et al., 1992, s.3).

I forhold til dette speciale er det kun den **postkontraktuelle – Hidden action model** der er relevant, da det forudsættes at staten, regionerne og sygehusene allerede har et stort kendskab til hinanden, jf. at de igennem flere år har indgået i et gensidigt forpligtende samarbejde, og at det ikke i dette speciale undersøges om andre leverandører kunne være mere omkostningseffektive. Projektets problemstilling handler om at undersøge uhensigtsmæssighederne ved den nuværende styring, og hvordan det søges forbedret igennem værdibaseret styring.

2.2.3.1 To modeltyper

Inden for Hidden Action modellen har principalen 2 forskellige aflønningsstrategier, til at sikre at agenten er motiveret til at udføre den opgave som principalen ønsker udført:

1. Adfærdsbaserede kontrakter
2. outcome-baserede kontrakter

Den Adfærdsbaserede kontrakt tager udgangspunkt i at principalen belønner agenten, når denne viser den adfærd principalen ønsker. Systemer til at monitorere og overvåge agents adfærd er allerede udbredt inden for de fleste organisationer. Adfærdsstyringen indeholder mange forskellige elementer, f.eks. krav om anvendelse af kliniske

retningslinier, registrering af kontroller m.v. I organisationer hvor disse systemer allerede er på plads er det let for principalen at udarbejde en kontrakt med agenten, hvor denne bliver evalueret og belønnet på baggrund af den målte adfærd.

I specialet er det valgt at betragte den DRG-baserede aktivitetsafregning som en adfærdsbaseret kontrakt. Princippet bag DRG-afregning betyder, at der opstilles en række takstbærende aktiviteter, som der registreres og afregnes vha. Det indebærer, at agentens har et stærkt incitament til at levere netop de aktiviteter der afregnes for, og ikke andre der måske bedre løste patientens helbredsproblem. DRG-afregningen styrer således agentens adfærd i retning af at producere bestemte aktiviteter.

En ulempe ved adfærdsbaserede kontrakter er imidlertid, at det kan være omkostningstungt for principalen at indsamle detaljeret information om agentens adfærd. Desuden er en høj grad af overvågning ikke en garanti for at informationsasymmetrien forsvinder, idet principalens informationer fra overvågningen stadig ikke vil sige meget om det engagement agenten har lagt i at udføre opgaverne (Bergen et al., 1992, s.4).

Den Outcome-baserede kontrakt, tager udgangspunkt i at principalen skal evaluere og belønne agenten på baggrund af de realiserede outcome-mål. En ekstrem version af den Outcome-baserede kontraktstyring kunne være at principalen kun aflønner agenten, når de målsatte outcomes realiseres, mens en mindre ekstrem versioner ville være, at lade en større eller mindre del af agentens aflønning afhænge af realiserede outcome-mål.

2.2.3.2 Fordele og ulemper ved de to modeller

Umiddelbart ville en kontrakt der bygger på den ekstreme version af den outcome-baserede kontrakt være at foretrække for principalen, da den betyder at principalen og agenten styrer efter samme mål. Principalen har fastsat outcome-målene ud fra det der ønskes opnået med kontrakten, og ser gerne at agenten leverer, medens agentens mål på sin side vil være at indfri outcome-målene, for at opnå en aflønning.

Under de rette omstændigheder kan den form for styring motivere agenten til at foretage de handlinger principalen ønsker. Det er således en forudsætning at principalens mål også er det der kan svare sig bedst for agenten for at en outcome-baseret kontrakt styring skal kunne fungere optimalt, men samtidig skal der også tages hensyn til at agenten kan have sine egne beslutningsprocesser og målsætninger for at nå dertil.

Der er således tre vigtige forhold, som der skal tages hensyn til, for at den outcome-baserede kontrakt kan fungere mellem principalen og agenten:

Individual rationality, hvilket betyder at agenten skal have en grad af frihed til selv af vælge de handlinger denne finder mest hensigtsmæssige til at opnå det fælles ønskede mål eller outcome. Det skal sikre at agenten holdes motiveret til at løse opgaverne.

Reservation utility, hvilket betyder at agenten, som minimum, belønnes lige så meget ved at handle efter principalens mål, som agenten ville opnå ved at anvende sine ressourcer ved den bedst mulige alternative mulighed. I forhold til den aktuelle styring af de somatiske sygehuse har denne problemstilling ingen relevans, idet der er tale om en allerede fungerende "kontrakt".

Incentive compability, hvilket betyder at kontrakten bør være udformet således, at de mål eller outcomes, eller måske i virkeligheden sammensætning af mål og outcomes, som har størst værdi for principalen, også bør være den sammensætning som giver agenten den største "belønning". Hvis ikke, vil agenten have et incitament til at ligge vægten på at indfri/overindfri andre mål og andre outcomes end dem der giver den maksimale værdi for principalen (Bergen et al., 1992, s.5).

Overordnet er det i principalens interesse at indgå en kontrakt der skaber de bedst balancerede incitamenter til at agenten vil arbejde mod at opfylde principalens målsætninger. Der kan således være problemer med at lave fuldkommen outcome-baserede kontrakter – ud fra antagelsen om at agenten har en lav risikovillighed – da kontrakten vil placere en stor del af risikoen på agenten, fordi der ikke kompenseres for dårlige outcomes. Imidlertid kan en grad af outcome-baseret afregning skabe incitamenter til at agenten vil arbejde hårdere for at opnå principalens målsætninger. Det er principalens opgave, at finde balancen mellem målsætninger og risiko, for at designe en kontrakt, der tager hensyn til omkostningerne ved at pålægge agenten mere risiko end denne er villig til og undgå at agenten ikke vil løse de opgaver der skaber mest værdi for principalen – Shirking (Bergen et al., 1992, s.6).

2.3. Metode

I specialet anvendes der kvalitative metoder i form af dokumentstudier og kvalitative interviews.

Dokumentstudierne er anvendt til at undersøge og beskrive genstandsfeltet for hvordan styringen af sundhedsvæsenets er opbygget, samt hvilke ideer der ligger til grund for værdibaseret styring. De kvalitative interviews, anvendes til at undersøge hvilke udfordringer specialets informanter oplever ved den nuværende styring af de somatiske sygehuse, samt hvordan de mener værdibaseret styring kan være med til at løse nogle af disse udfordringer.

Den metodiske tilgang til indsamling af empiri har været centreret omkring specialets teoretiske forståelse af PA forholdet mellem de forskellige niveauer i sundhedsvæsenet, samt økonomiske incitamenter som centrale i styringen af sundhedsvæsenet. Denne tilgang kan have den svaghed, at andre vigtige elementer, der kan have indflydelse på uhensigtsmæssigheder i den nuværende styring, kan være blevet overset. Modsat er formålet at afdække hvordan økonomiske incitamenter i styringen påvirker agenterne uhensigtsmæssigt og hvordan værdibaseret styring kan være med til at løse dette (Elklit & Jensen, 2012, s.117-119).

Der kan både identificeres styrker og svagheder ved at anvende den kvalitative metode til besvarelse af problemformuleringen. En styrke ved den kvalitative metode er at den bidrager med en dybere indsigt i problemfeltet samt de relevante problemstillinger, og derigennem medvirke til en mere dybdegående undersøgelse og beskrivelse af årsagssammenhænge, f.eks. gennem de kvalitative interviews (Brinkmann & Tanggard, 2010a, s.31). Omvendt har metoden også sine begrænsninger, da det kan være svært at sige noget generelt ud fra empirien og resultaterne, dette gør sig især gældende for interviewene (Brinkmann & Tanggard, 2010b, s.490).

Den manglende generalisering til andre kontekster stemmer imidlertid overens med specialets videnskabsteoretiske tilgange, idet formålet er at undersøge og afdække nogle sammenhænge der gør sig eksplicit gældende inden for styringen i det danske somatiske sundhedsvæsen.

2.3.2 Dokumentanalyse

i specialet er der anvendt dokumentanalyse til at afdække og undersøge problemfeltet. Anvendelsen af dokumentkilder giver ikke en eksklusiv adgang til en objektiv sandhed, men skal mere anskues og anvendes som en måde at skabe et overblik over en situation eller konstruktion, og samtidig få en række informationer om sammenhænge og udviklingen indenfor denne (Lynggaard, 2010, s.139-140).

Der findes forskellige definitioner på hvad et dokument er. Specialet gør brug af den mest udbredte forståelse og ser således et dokument som en skrevet tekstkilde hvis tilblivelse og omdrejningspunkt kan bestemmes inden for en

given tidsramme. Der kan overordnet skelnes mellem 3 typer af dokumenter, Primære, sekundære og Tertiære¹ (Lynggaard, 2010, s.137-138).

Specialet har i større eller mindre grad, gjort brug af alle 3 dokumenttyper til at undersøge problemfeltet, og besvare problemformuleringen. Der er anvendt primære kilder i form af interne arbejdsrapporter omhandlede planlægning af arbejdet og udbredelsen af værdibaseret styring. Sekundære kilder, i form af rapporter, lærebøger og hensigtserklæringer osv. omhandlende både den nuværende styring samt visionerne for værdibaseret styring. Tertiære dokumenter, er anvendt til at undersøge udfordringer ved den nuværende styring.

De anvendte dokumenter i specialets vurderes overordnet alle at være troværdige da der ikke er tale om lægmandskilder, men hovedsageligt dokumenter udarbejdet af diverse styrelser, ministerier og offentlige forskningsinstitutter eller interesseorganisationer som KORA og Danske Regioner (Lynggaard, 2010, s.139-140). Det har således været for øje, at nogle af de forskellige partsindlæg kan have en vinkling, men at de faktisk må formodes at være troværdige.

Dokumentstudier står sjældent alene, der er derfor, som tidligere nævnt, også anvendt kvalitative interviews.

2.3.3 Kvalitative interview.

De kvalitative interviews styrke er, at de giver mulighed for at gå ned i materien og spørge ind til, hvordan det forholder sig ude i sundhedsvæsenet og hvorfor. Specialet anvender kvalitative interviews, til at afdække hvad centrale aktører i regionerne og på sygehusene oplever som de største udfordringer ved den nuværende styring, samt hvilke ønsker og forventninger, de har til en eventuel fremtidig værdibaseret styring, og hvordan den skal løse udfordringerne ved den nuværende styring.

Interviewene kan således introducere fagpersonernes blik for, hvad udfordringerne ved den nuværende styring er, og samtidig uddybe, hvad det er man arbejder på, at der skal sættes i stedet og hvordan det skal fungere. Samtidig giver interview metoden muligheden for at stille opfølgende spørgsmål, med henblik på en mere dybdegående besvarelse (Harrits et al., 2012, s.144).

Specialet anvender den **semistrukturerede interview metode**, til at undersøge problemfeltet. Den tilgang anvender, ligesom den strukturerede tilgang, forudfattede interviewguides, men tillader, modsat den strukturerede, at der sker afvigelser fra de forudfattede spørgsmål og at der kan stilles opfølgende spørgsmål mhp. uddybning (Harrits et al., 2012, s.149). Der er i specialet anvendt 6 forskellige interviewguides til 7 informanter. Der er imidlertid blot været tale om små ændringer mellem guiderne, og formålet har været at præcisere spørgsmålene og spørge dybere ind til de områder, de forskellige informanter arbejder med. Interviewguiderne indeholder således overordnet de samme spørgsmål og temaer, dog med små afvigelser i bl.a. rækkefølgen af spørgsmålene.

For at kunne gennemføre de semistrukturerede kvalitative interviews, var der behov for at tale med personer med faglig eller styringsmæssig ekspertise i det somatiske sygehusvæsen. Der blev derfor taget kontakt til Helene Hedensted Bjerregaard, som blev anmodet om at være behjælpelig med at pege på personer i sundhedsvæsenet, der havde et kendskab til den værdibaserede styring. Helene Hedensted Bjerregaard (HHB) udpegede alle informanter i det nedenstående skema, på nær Jonas With, der blev udpeget på baggrund af en henvendelse til Danske Regioner. Udpegningen af informanter fandt sted i de tidlige faser af arbejdet med specialet, før specialeskriveren havde fået skabt et overblik over problemstillingen generelt, og af organiseringen af de somatiske sygehuse og regionerne specifikt. HHB blev således ikke bedt om at udpege informanter med forskellige roller, kun at de skulle befinde sig på forskellige niveauer. I princippet kunne informanterne på de øverste niveauer være

¹ Primære: interne dokumenter, eks. mødereferater og forhandlingsoplæg.

Sekundære: offentligt tilgængelige dokumenter, eks. lovtjekter, regeringsrapporter og hensigtserklæringer.

Tertiære: offentligt tilgængelige dokumenter, eks. Lærebøger og tidsskriftsartikler (Lynggaard, 2010 s.138-139).

principaler, men alle er blevet interviewet i rollen som agenter. Det gælder også informanten fra Danske Regioner, der dog, som det vil fremgå enkelte steder, også udtaler sig som principal, selv om der ikke er gjort noget specielt ud af dette faktum i specialet.

Specialets informanter er som følger:

Tabel 2.1

Navn	Organisation	Sted/stilling
Jonas With	Danske regioner	Konsulent
Niels Würglér Hansen	Rigshospitalet	Hjertecentret, direktør
Niels Lauge Johansen	Aalborg Universitetshospital	Klinik Akut, klinikchef
Jan Nielsen	Aalborg Universitetshospital	Klinik diagnostik, klinikchef
Frank Skriver Mikkelsen	Aalborg Universitetshospital	Hoved-Orto, Klinikchef
Poul Hedevang Christensen	Aalborg Universitetshospital	Ortopædkirurgisk afd., overlæge
Claus Munk Jensen	Nykøbing Falster Sygehus	Ortopædkirurgisk afd., overlæge

(Kilde: Egenproduktion)

Alle interviewene med informanterne er optaget og senere transskriberet. Som nævnt ovenfor er der anvendt 6 forskellige interviewguides der overordnet bygger på de ca. samme temaer og spørgsmål dog i forskellige rækkefølger. Alle informanterne svarer således på spørgsmål opdelt i temaer, omhandlende "det grundlæggende ved den nuværende styring af sundhedsvæsenet", "uhensigtsmæssigheder ved den nuværende styring", "grundlæggende om værdibaseret styring" og "grundlæggende om værdibaseret styring" og "udbredelse af værdibaseret styring". Dog med tilføjelser og afvigelser jf. de forskellige interviewguides. Analyserne i specialet vil blive foretaget på baggrund af opdelingen af spørgsmålene. Temaerne vedrørende den nuværende styring vil blive anvendt til den første analyse, der undersøger hensigtsmæssighederne ved den nuværende styring, og temaerne, omhandlende værdibaseret styring, vil blive brugt til den anden analyse, der omhandler visionerne for værdibaseret styring.

Specialets tilgang til interviewempirien kan anskues som værende deduktiv, da problemstillingen søges belyst ud fra nogle allerede kendte teoretiske og begrebsmæssige rammer fra PA-teorien.

Interviewene må anses for at være valide i forhold til problemstillingen. Alle informanterne har indsigt i hvordan sundhedsvæsenet fungerer både styringsmæssigt men også klinisk, da de sidder i ledende stillinger i klinikker eller afdelinger i Region Nordjylland, Hovedstaden eller Sjælland. En enkelt informant er dog undtaget herfra, vedkommende er konsulent i Danske Regioner, men har stor indsigt i især styringsproblematikker i sygehusvæsenet.

Interviewene blev indsamlet på et tidspunkt, hvor problemstilling der skulle belyses ikke var helt fastlagt. Spørgsmålene kunne derfor godt have været mere målrettet mod den problemstilling, og de hypoteser der søges besvaret i specialet. Ligesom der tidligere nævnt heller ikke har været hensigtsmæssigt, at arbejde med 6 forskellige interviewdesign. Der burde kun have været én, hvilket vil have gjort sammenligninger nemmere. Omvendt har alle informanterne været stillet konkrete spørgsmål vedr. de problemstillinger, der indgår i specialet.

Reliabiliteten af interviewundersøgelsen ville have været højere, hvis alle guides har været udformet på samme måde, men det vurderes at reliabiliteten er tilstrækkelig, da alle relevante spørgsmål for undersøgelsen har været



stillet i alle udformninger af interviewguiden. Udformningen af interviewguiden har været ændret ad hoc, fra interview til interview, desværre uden klar plan (Bryman, 2012, s.389-393).

3. Nuværende økonomistyring af sundhedsvæsenet.

I dette kapitel vil der i afsnit 3.1 blive redegjort for de økonomistyringsværktøjer der konkret anvendes i sundhedsvæsenet

Herefter vil der i afsnit 3.2 blive set nærmere på den palette af økonomiske styringsmekanismer, som staten anvender i forhold til regionerne og som regionerne anvender i forhold til sygehusene.

I afsnit 3.3 vil der blive foretaget en analyse på baggrund af specialets informanternes interview besvarelser, for at af- eller bekræfte specialets første hypotese.

3.1 Styringsværktøjerne i den nuværende økonomistyring

Følgende afsnit vil indeholde en præsentation og gennemgang af nogle af de mest centrale økonomistyringsværktøjer i den nuværende styring af sundhedsvæsenet, henholdsvis:

- Mål- og rammestyring.
- Takststyring.
- Kontraktstyring.
- DRG-systemet.

3.1.1 Mål- og Rammestyring

Rammestyring betyder at principalen bevilliger en økonomisk ramme til agenten, som agenten så skal bruge til at tilrettelægge en produktion af en given aktivitet. Det står agenten frit for, hvordan denne vælger at tilrettelægge sin produktion, så længe agenten producerer den aktivitet principalen efterspørger.

Rammestyringen er således både med, til at sikre en høj grad af udgiftskontrol for principalen – idet bevillings og udgiftsniveauet for hele perioden allerede er kendt -, og at sikre agent en høj grad af budgetsikkerhed – idet dennes samlede indtægter er kendte fra budgetperiodens start.

Hvis principalen supplerer rammestyringen med en række mål og målsætninger, som agenten skal præstere indenfor den økonomiske ramme, er der tale om mål- og rammestyring. Et eksempel herpå være en given mængde aktivitet agenten skal præstere inden for den bevilling principalen har givet.

Fordelen for principalen ved at opstille en række mål, som agenten skal præstere indenfor budgetrammen er, at det giver principalen en mulighed for at følge op og evaluere på agenten.

Mål- og rammestyring er altså overordnet et styringsinstrument til, at sikre at agenten løser en given opgave til en given bevilling – altså udgiftskontrol –, og dermed ikke et styringsværktøj, der skal skabe incitamenter til at øge en given aktivitet, idet der i styringsværktøjet ikke er en mekanisk kobling mellem mængden af aktivitet og bevillingens størrelse (Danske Regioner et al., 2013, s. 95-96).

I det danske sundhedsvæsen bruges mål og rammestyringen til at sikre, fra statens side at regionerne, og fra regionernes side at sygehusene, leverer på de aktiviteter, ydelser og målsætninger, som principal-niveauet ønsker, ud fra den forståelse at manglende målopfyldelse vil betyde en regulering af bevillingen for de efterfølgende budgetår. Omvendt kan en overpræstening af målsætningerne også resultere i, at der i følgende periode vil blive stillet større krav uden at bevillingen nødvendigvis følger med – altså en produktivitetstigning.

Mål- og rammestyringen skaber således kun begrænsede incitamenter til at præstere de aftalte målsætninger. Samtidig kan manglen på gennemsigtighed og kobling mellem bevilling og mål opfyldelse, gøre det svært at forudsige konsekvenserne ved ikke at præstere. Mål- og rammestyring kan således øge risikoen for uhensigtsmæssig budgetstrategisk adfærd. Dette kan bl.a. manifeste sig, ved at regionen, sygehuset eller en afdeling ikke oplever konsekvenser ved gentagende manglende mål opfyldelse, eller oplever at blive belønnet med yderligere tilførsel af ressourcer til at løse opgaven. Forudsættes det, at de originale aktivitetsmål for rammebevillingen var realistiske,

kan dette tolkes som en belønning af ineffektivitet (Danske Regioner et al., 2013, s. 96-97).

Udover forventninger til målopfyldelse, og en risiko for u hensigtsmæssig budgetstrategisk adfærd, indeholder mål- og rammestyningen ikke selv mekanismer, der direkte kan koble mål og rammebudget.

For at kompensere for den manglende kobling mellem målopfyldelse og rammebudget, kombineres den ofte med en takststyringsmodel, hvilken vil blive beskrevet i følgende.

3.1.2 Takststyring.

Takststyring kan i sin reneste form sammenlignes med en markedsmodel, idet der afregnes 1:1 for de ydelser der leveres. I modsætning til mål- og rammestyrimodelen, er der ingen udgiftskontrol for principalen i takststyringsmodellen – agenten kan i princippet fortsætte med at producere og skabe overskud på differencen mellem driftsudgiften og den taksbaserede indtægt. Takststyring kan derfor overordnet forstås som et aktivitetsbaseret styringsværktøj (Danske Regioner et al., 2013, s. 97).

Takststyring bygger på en mekanisme, hvor bevillingsstørrelsen og aktiviteten er afhængig af hinanden. Agenten vil således modtage en bevilling fra principalen, hver gang at agenten foretager en takstgivende aktivitet, og har således et incitament til at have så høj en aktivitet som muligt. Takststyring kan også være et effektivt allokeringværktøj, til at sikre at midlerne anvendes der hvor der er størst efterspørgsel. Ligesom Mål- og rammestyrimodelen skaber takststyring en øget decentralisering af budgetansvaret, idet agenten frit kan disponere over et eventuelt overskud fra aktivitetsbevillingerne, til anden aktivitet. Agenten har således et incitament til at øge sin produktivitet for derigennem at opnå en større gevinst. Takststyring giver således agenten mulighed for at påvirke sine egne indtægter, på baggrund af den automatiske bevillingstilpasning (Finansministeriet et al., 2003, s.46-47).

Der er en række udfordringer, for principalen, ved koblingen af aktivitet og bevillingsstørrelsen i takststyringsmodellen. De indbyggede incitamenter til at øge aktiviteten kan f.eks. lede til en overproduktion af unødvendig aktivitet, som ikke skaber værdi. Principalen vil derfor oftest supplere modellen med et eller flere af følgende elementer:

- Afregningsloft – der sætter et loft for størrelsen af den bevilling agenten kan modtage.
- Variable afregningstakster – bevillingen kan eksempelvis gradueres i forhold til mængden af aktivitet.
- Grundbevillinger/baselins – eksempelvis kan der gives takstafregning for aktivitet, der overstiger en aftalt aktivitet i en mål- og rammeaftale (Danske Regioner et al., 2013, s. 97).

Ved et *afregningsloft*, opnår principalen en højere grad af udgiftskontrol, idet der ikke gives bevillinger for aktiviteter over loftet. Samtidig vil agenten opnå budgetsikkerhed, da agenten vil kende bevillingsstørrelsen, forudsat at aktiviteten præsteres.

Variable Afregningstakster vil ligeledes styrke udgiftskontrollen for principalen, da agentens incitament til at foretage yderligere takstgivende aktiviteter vil falde i takt med prisen/aflønningen pr. aktivitet falder.

Brug af *grundbevilling/baseline*, vil sikre agentens driftsomkostninger til at løse den stillede opgave. En grundbevilling kan bygge på mål- og rammeaftalerne, således at takststyring kun anvendes til at honorere ekstraaktiviteter udover baselinen (Danske Regioner et al., 2013, s. 98).

Der er imidlertid en række forudsætninger der skal være på plads, for at principalen kan anvende takststyring, til at styre agenten, på en hensigtsmæssig måde, forudsætningerne er opstillet i nedenstående boks:

Boks 3.1

Anvendelse af takststyring forudsætter, at afregningen sker på grundlag af et eller flere aktivitetsmål, som er

- Mål- og kontrollerbare
- Afspejler den faktiske aktivitet.

Er en eller flere af disse forudsætninger ikke opfyldt, vil der ikke være sikkerhed for, at incitamentene vil blive påvirket på den tilsigtede måde. Der vil f.eks. være risiko for, at

- Man kommer til at yde afregning for aktiviteter, som ikke er reelle eller ønskelige, med unødvendige merudgifter til følge.
- Produktionen skævvrides i retning af de målbare aktiviteter, mens ikke målbare aktiviteter nedprioriteres.

(Finansministeriet et al., 2003, s. 52).

Der er ligeledes en række praktiske forudsætninger som skal være på plads, for at principalen kan lykkes med takststyring:

- Takstsystemet skal være gennemskueligt for brugerne.
- Takstsystemet må ikke være for ressourcekrævende.

Et uoverskueligt system vil betyde at agenten vil have sværere ved at agere i overensstemmelse med principalens ønsker. Kravet om et gennemskueligt og ikke ressourcekrævende system kan imidlertid nemt kolliderer med kravet om at takstafregningen skal afspejle den reelle aktivitet, hvilket kan gøre det svært at konstruere et velfungerende takstsystem (Finansministeriet et al., 2003, s.52-52)

I det danske sundhedsvæsen anvendes takststyring for at tilskynde Regionerne/sygehusene, til at øge deres aktivitet. Brugen af takststyring i sundhedsvæsenet betyder ikke at sygehusene har øget kontrollen over deres samlede udgifter, men sikre dem omvendt, at merudgifter som følge af aktivitet, modsvares af en ekstra bevilling op til et vidst punkt (Danske Regioner et al., 2013, s. 97). Takststyringen gør det muligt for sygehusene at påvirke deres samlede indtægtsgrundlag, det kan derfor påvirke hvordan sygehusene prioriterer forskellige behandlinger alt efter deres dækningsbidrag. Komplexiteten af sundhedsydelser gør det dog umuligt at fastsætte omkostningerne og dermed taksterne med tilstrækkelig præcision til at undgå, at der kan forekomme utilsigtede forskydninger af aktiviteten eller indikationskred. Således kan takststyring i teorien påvirke den lægefaglige prioritering og behandlingssammensætning, således at behandlingsaktiviteten øges på de områder der kan give den største indtjening (Danske Regioner et al., 2013, s. 98-99). I det danske sundhedsvæsen er takstafregningen bygget op omkring det såkaldte DRG-system, som der ses nærmere i afsnit 3.1.4 nedenfor.

3.1.3 Kontraktstyring

Kontraktstyring er en fast del af økonomistyringen på landets sygehuse, og er i nogle tilfælde også videreført fra sygehusledelsen ned til de enkelte klinikker og afdelinger.

Den teoretiske baggrund for kontraktstyringen kan bl.a. findes i PA-teorien.

kontraktstyringen har 4 overordnede kendetegn:

- Kontrakten indgås mellem en overordnet politisk eller administrativ myndighed og en enhed eller institution under myndighedens ansvarsområde.
- Kontrakterne er som oftest ikke frivillige, og enheden eller institutionen kan ikke selv vælge hvilke myndighed den vil indgå kontrakt med.
- Kontrakterne vil generelt følge et budget år.

- Kontrakterne er ikke juridisk bindende, der vil derfor sjældent være sanktioner forbundet med manglende overholdelse (Jespersen, 2006, s.1-2)

Det kan være vanskeligt at definere den økonomiske effektivitet af kontrakterne i det danske sundhedsvæsen, da effektiviteten af ydelser ikke defineres på et frit marked, men forhandles mellem de offentlige parter. Samtidig har der historisk ikke været en politisk vilje til at fastsætte kvalitetsparametre for de enkelte sundhedsydelser, hvilket har betydet, at det i mange tilfælde har været overladt til de enkelte sundhedsforvaltninger og sygehusledelser. Kontrakterne indeholder derfor sjældent egentlige effektivitets og kvalitetsmål.

Det er samtidigt vanskeligt præcist at beskrive, hvilke aktiviteter der skal udføres i en given kontraktperiode, hvilket delvist er løst ved at aftale afregningstakster pr. ydelse. Dette forudsætter imidlertid, at der er et system der kan beskrive ydelser og omkostninger, samt at afdelinger kan overskride deres budgetter, hvis der skulle komme flere patienter end forudset. Kontraktstyring er udbredt i det danske sygehusvæsen, selvom den kan have forskellige navne og former. De fleste sygehuse, klinikker og afdelinger har en form for kontrakt, hvor budgettet er kædet sammen med en nærmere bestemt aktivitet, og mål for ventetider til bl.a. udredning og behandling (Jespersen, 2006, s.3-4)

I Jespersen (2006) er der pba. af et interviewstudie foretaget på Nordjyske sygehuse, identificeret 4 hovedopgaver i kontraktstyringsmodellen. Studiet er gennemført før kommunalreformen i 2007, men Region Nordjylland er stort set identisk med det daværende Nordjyllands Amt, og de aktuelle kontraktmodeller må forventes, at have rod i de daværende modeller. De fire hovedopgaver var:

- Fordelingsopgaven
- Kontrolopgaven
- Effektiviseringsopgaven
- Den sociale funktion

Fordelingsopgaven funktion er at skabe en klar sammenhæng mellem aktivitet og budget, samt at sikre en bedre fordeling af midlerne mellem sygehuse og afdelinger. Til dette anvendes bl.a. DRG-baserede budgettering, som afspejler tyngden af patienterne, på baggrund af deres DRG²-værdi og dermed sikrer en bedre fordeling af midlerne. DRG-værdien afspejler imidlertid ikke de forskellige kapacitetsomkostninger på sygehuse og afdelinger eller forskellen på tunge og lette patienter i samme gruppe. Den afspejler en gennemsnitsomkostning. Et velfungerende kontraktssystem skal derfor både tage højde for forskellige kapacitetsomkostninger, samt registrere de variable omkostninger ved behandlingerne og patientforløbene.

Kontrolopgaven skal sikre at aktiviteten, og omkostningerne forbundet med udførelse, stemmer overens med det aftalte. Aktiviteten måles bl.a. på antallet af indlæggelser, sengedage, ambulante kontakter, stationære og ambulante operationer, samt DRG-udskrivninger. Målingerne gør det muligt at kontrollere om der leves op til aktivitetsmålene i kontrakten.

Effektiviseringsopgave skal sikre en effektivisering af ydelsesproduktionen. Men der har generelt været en tendens til at man har haft et fokus på produktivitet i stedet for effektivitet.

Den sociale funktion har til formål at skabe dialog ved den årlige kontraktindgåelse mellem region og sygehusledelse, hvad der prioriteres og hvordan. Det samme glæder ved kontraktindgåelse mellem sygehusledelse og

² Diagnoserelaterede grupper

SKOLEN FOR STATSKUNDSKAB

afdelingsledelse, selvom disse ikke er formelle kontrakter. Kontraktprocessen giver således parterne et forum for dialog, hvor de kan diskutere forventninger og resultater, og luften bekymringer, hvilket måske er kontraktstyrings vigtigste funktion (Jespersen, 2006, s.6-8).

3.1.4 DRG-systemet

DRG-systemet er en afregningsmodel, der på baggrund af diagnose, behandling, alder, køn og udskrivningsstatus, bruges til at gruppere ambulante og stationære patienter. Hver DRG-gruppe er tilknyttet en DRG-takst, der afspejler de gennemsnitlige udgifter forbundet med diagnosen. DRG-systemet er den overordnede betegnelse for retningslinjerne omkring grupperingen af patienterne, og taksterne beregnes på baggrund af de landsgennemsnitlige udgifter til behandling af patienter i disse grupperinger

Systemet bygger på data om aktivitet og økonomi, der registreres på sygehusene. På baggrund af disse data laver sundhedsstyrelsen løbende aktivitetsopgørelser og beregner DRG-taksterne (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2009, s.28).

Boks 3.2

DRG-systemet anvendes til :

- **Benchmarking:** Grundlag for produktivets- og Aktivitetsopgørelser mv.
- **Takstafregningssystem:** Regionernes betaling for sygehusbehandling ved andre regioners sygehuse fra 2000 (mellemregional afregning).
- **Finansieringssystem, herunder:**
 - Delelement i forbindelse med opgørelse af statens bloktilskud til regionerne fra 2007
 - Udmøntning af de statslige aktivitetspuljer fra 2002.
 - Beregning af den kommunale medfinansiering fra 2007.

(Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2009, s.29)

Boks 3.3

DRG-systemet er udgangspunkt for:

- **Takststyring:** Aktivitetsmåling i forbindelse med lokale takststyringsmodeller fra 2004
- **Forhandlingsgrundlag:** Grundlag for forhandlingerne mellem Danske Regioner og de private sygehuse omkring afregning for patienter, der er behandlet i privat regi som følge af det udvidede frie sygehusvalg.
- **Grundlag for drift, planlægning og økonomistyring:** DRG-grupperede opgørelser af sygehusaktivitet indgår i den daglige drift, planlægning og økonomistyring i regionerne og på sygehusene.

(Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2009, s.29)

Det danske DRG-system er et case-mix der på baggrund af diagnose og behandling opdeler forskellige patientgrupper. Patientgruppernes sygdomstilfælde er systematisk beskrevet, således at de patienter der indgår i samme gruppe vil have nogenlunde samme ressourcetræk.

Systemets metode bygger på to elementer, henholdsvis Diagnose Relaterede Gruppering, og en beregning af udgifter forbundet med behandling inden for hver af disse grupper. DRG-systemet synliggøre således den behandlingsmæssige tyngde i de forskellige patientgrupper, på baggrund af aktiviteten og omkostningerne

forbundet med disse, og gør det ligeledes muligt at værdisætte sundhedsydelser (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2009, s.29).

Det danske DRG system bygger på 3 principper:

- Grupperingerne skal være klinisk meningsfulde.
- Patienterne i en gruppe skal være ressourcehomogene.
- Antallet af grupper skal være overskuelige.

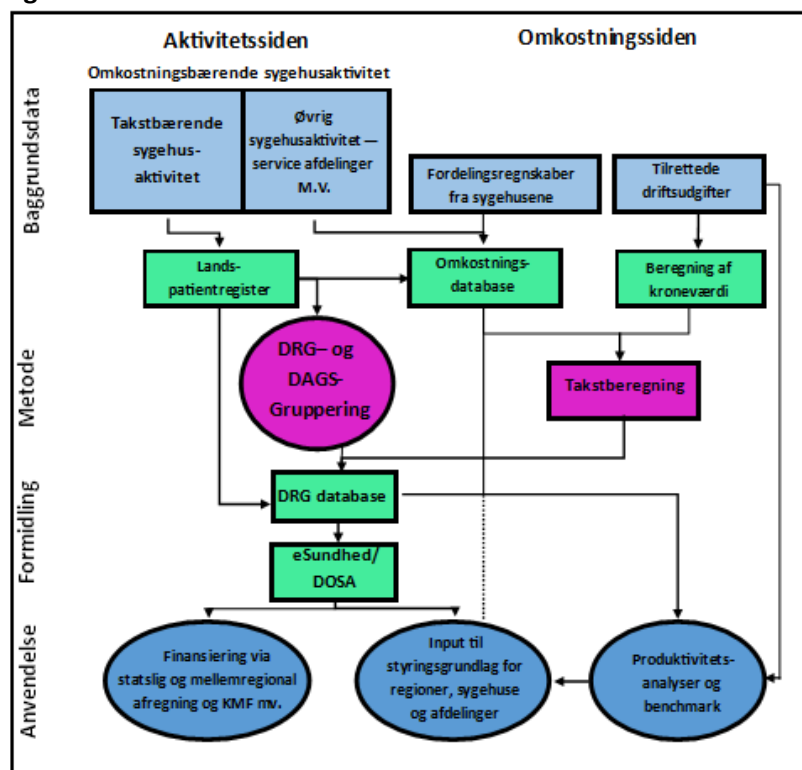
Patienter i en gruppering skal være sammenlignelig, ud fra medicinsk og klinisk synspunkt, for at lægerne meningsfuldt kan bruge systemet i deres daglige arbejde.

At patienterne i en gruppering er ressourcehomogene er en forudsætning, for at sygehusene kan foretage opgørelser og sammenligninger af udgifter og produktivitet internt og på tværs.

At antallet af grupper ikke må være for stort, bygger på at systemet skal være overskueligt for både administrative og kliniske brugere. Der kan således være en modsætning i princippet om klinisk meningsfulde grupper og princippet om at antallet af grupper ikke må blive for stort, der foretages derfor løbende afvejninger mellem hensynet til homogenitet i grupperne og hensynet til overskuelighed i DRG-grupperingerne (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2009, s.30-31).

Nedenstående model illustrerer de forskellige delelementer der danner grundlag for og indgår i de danske DRG-system.

figur 3.1



(Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2009, s.31)

Som det fremgår af modellen er DRG-systemet, en metode til at bearbejde de indberettede data om sygehusene aktivitet og udgifter.

Aktivitetssiden dækker over de omkostningsbærende sygehusaktiviteter, der bruges til beregning af taksterne. Denne består af henholdsvis den taksbærende aktivitet, der er den aktivitet sygehusene indberetter til landspatientregisteret for at udløse en DRG-takst, samt øvrig sygehusaktivitet, der ligeledes indgår i omkostningsdatabasen. Omkostningssiden består af henholdsvis sygehusenes fordelingsregnskaber i de tilrettede driftsudgifter. Omkostningerne ved patientbehandlinger, der anvendes til takstberegningerne, sker på baggrund af fordelingsregnskabet, hvor sygehusenes interne ydelsesstrøm kortlægges og driftsudgifterne ved produktion af behandlingsydelse opgøres. Det er de regnskabsmæssigt tilrettede omkostninger ved en stationær behandling, der er udgangspunktet for beregningen af kroneværdien (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2009, s.31-32).

3.2 Styringen af Sundhedsvæsenet

Følgende vil præsentere økonomistyringen og finansieringen af henholdsvis regionerne og sygehusene.

3.2.1 Økonomistyring af regionerne

Som et element i den danske velfærdsstat er sundhedsvæsenet kendetegnet ved 3 principper:

- Fri og lige adgang til sygehusbehandling
- Frit sygehusvalg
- Finansiering gennem skatten

De 3 principper har stor betydning for måden det danske sundhedsvæsen er tilrettelagt og styret på. Princippet om finansiering gennem skatten er det mest afgørende, i den forstand at det er det der er med til at sikre fri og lige adgang til sygehusbehandling for den enkelte patient. Der er imidlertid også den ulempe, forbundet med fri og lige adgang til sundhedsvæsenet, at det skaber en høj efterspørgsel på sundhedsydelser, som inden for en realistisk økonomisk ramme er umættelig. Derfor er det danske sundhedsvæsen ligeledes styret af en politisk prioritering af sundhedsvæsenets udgifter og kapacitet (Finansministeriet et al., 2003, s.13-14). I 2007 overtog regionerne ansvaret for sundhedsvæsenet, fra amterne. Det er regionerne der har både drifts og finansieringsansvaret for sundhedsvæsenet (Finansministeriet et al. 2006 s.12-13). I praksis fungerer regionerne som bevillingsgiver til sygehusene, hvis drift de finansierer gennem anvendelse af rammebevillinger, og andre typer af bevillinger. Sygehusene modtager en rammebevilling i en given budgetperiode, på baggrund af de aftaler der er indgået omkring sygehusets tilvejebringelse af en defineret produktion af sundhedsydelser (Finansministeriet et al. 2006 s.16).

Figur 3.2:



(Sundhedsdatastyrelsen, 2016, s.118)

Til at løse sine opgaver modtager regionerne en bevilling fra staten. Regionernes bevilling forhandles årligt ved økonomaftaler mellem Danske Regioner³ og Regeringen. I 2016 udgjorde regionernes samlede budget for sundhedsområdet ca. 110 mia. kr. (Sundhedsdatastyrelsen, 2016, s.118).

Bevillingens størrelse, beregnes ud fra et fælles datagrundlag og bliver finansieret gennem, henholdsvis:

- Det statslige bloktilskud.
- Den statslige aktivitetspulje.
- Kommunal medfinansiering.
- Mellemregional afregning.

Hvor af de 3 første i 2016 udgjorde henholdsvis 81%, 1,2%, 17,8% af sundhedsvæsenets finansieringsgrundlag. Der vil i følgende foretages en præsentation og gennemgang af, det fælles datagrundlag, det statslige bloktilskud, den statslige aktivitetspulje, kommunal medfinansiering, og mellemregional afregning.

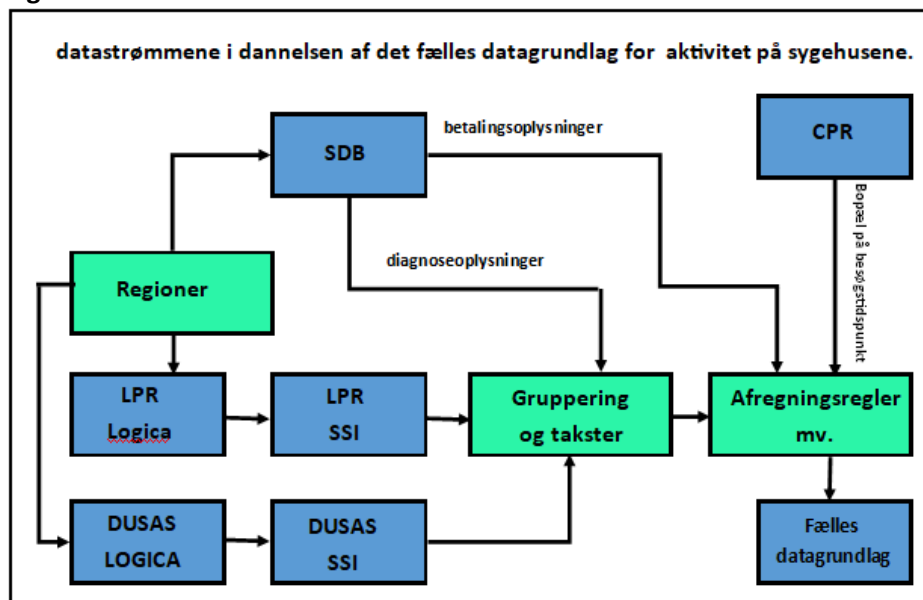
3.2.1.1 Det Fælles datagrundlag

Det fælles datagrundlag bygger overordnet på patientoplysninger og informationer om aktivitet på sygehusene, fra Landspatientregistret (**LPR**) og registre over danske patienter behandlet på udenlandske sygehuse og aktivitet i specialektoren (**DUSAS**). Systemet er bygget op på den måde, at sygehusene registrere patientoplysninger i de patientadministrative systemer (**PAS**). Den data bliver tilgængelig for Sundhedsdatastyrelsen enten via Sundhedsbanken (**SDB**) eller direkte gennem LPR.

Regionerne modtager oplysningerne for de patienter der har modtaget behandling på udenlandske sygehuse og sender oplysningerne til validering i DUSAS. Når patientoplysningerne registreret i LPR og DUSAS er blevet valideret, behandles de i LPR og DUSAS databaserne og bliver herefter DRG/DAGS-Grupperet. Efter dataene er blevet tilknyttet en DRG/DAGS-gruppe, kobles de op på betalingsoplysninger fra SDB. Ved koblingen mellem den grupperede data og betalingsoplysningerne, bliver den ambulante aktivitet tillagt diagnose og bopælsoplysninger – såfremt disse er blevet registreret på behandlingstidspunktet – fra henholdsvis SDB og CPR. Efter patientoplysningerne er blevet DRG/dags-grupperet, samt fået pålagt diagnose og bopælsoplysninger, parres dataene med de gældende afregningsregler. Det samlede data grundlag for sygehusaktivitet, samt betalingsansvar er derved dannet. Det fælles datagrundlag opdateres månedligt og formidles ud til kommunerne og regionerne gennem den fælles sundhedsdatabase E-sundhed (Sundhedsdatastyrelsen, 2016, s.123).

³ Interesse- og Arbejdsgiverorganisation for de 5 danske regioner.

Figur 3.3



(Sundhedsdatastyrelsen, 2016, s.124)

3.2.1.2 Det statslige bloktilskud

Bloktilskuddet udgør hoveddelen af regionernes finansieringsgrundlag. Bloktilskuddet fordeles mellem de 5 regioner, ud fra 3 fordelings kriterier. I 2016 blev 0,5 % af bloktilskuddet udbetalt ligeligt mellem regionernes som et basisbeløb, mens 77,1 % blev fordelt ud fra demografiske forhold og de resterende 22,4 % på baggrund af socioøkonomiske forhold (Sundhedsdatastyrelsen, 2016, s.119).

Fordelingen af det statslige bloktilskud blev i 2016 foretaget ud fra ”Bekendtgørelse om opgørelse og afregning af tilskud og bidrag til regionerne for 2016⁴”. Ud fra bekendtgørelsen blev det aldersbestemte udgift behov i 2016 udregnet på baggrund af regionens andel af borgere med bopæl i regionen, opdelt i en række forskellige aldersgrupper. Hver af disse aldersgrupper tillægges differentieret enhedspris, alt efter det forventede udgiftsbehov forbundet med gruppen. Herefter tælles det op, hvor mange af regionens borgere der falder inden for hver af aldersgrupperne, og antallet i hver aldersgruppe ganges op med gruppens enhedspris, disse lægges sammen og udgør regionens aldersbetingede udgiftsbehov. Regionernes Socioøkonomiske udgiftsbehov udregnes på baggrund af antallet af indbyggere med bopæl i regionen der har et eller flere af ni forskellige socioøkonomiske karakteristika, sociale, helbredsmæssige og økonomiske vilkår, der er forbundet med relativt høje sundhedsudgifter (Buse, 2015).

3.2.1.3 Aktivitetspuljen

Aktivitetspuljen er et værktøj, der skal være med at skabe et incitament i regionerne til at sørge for en øget aktivitet på sygehusene, ud over den der på forhånd er aftalt.

Aktivitetspuljen blev indført, som et værktøj der skulle skabe et incitament til at øge aktiviteten og sænke ventetiderne på landets sygehuse. Ordningen er administreret af Sundheds og -ældreministeriet, og kontrolleres månedligt af sundhedsdatastyrelsen. Aktivitetspuljen kommer i spil når regionernes sygehuses samlede produktionsværdi overstiger det mindste niveau, der er aftalte i de årlige økonomiaftaler, den såkaldte baseline. Aktivitetspuljen er bevillingsgivende for al somatiskbehandlingsaktivitet på både offentlig, private og udenlandske sygehuse samt udvalgte speciallægeaktiviteter, hvor regionen har finansieringsansvaret. Størrelsen på aktivitetspuljen fastsættes i de årlige økonomiaftaler mellem Danske Regioner og Regeringen, og fordelingen af puljemidlerne foregår efter den samme fordelingsnøgle som bloktilskuddet. Udbetalingen suppleres af et mål om en

⁴ Bekendtgørelse nr. 1060 af 1. september 2015.

ca. 2 % stigning i regionens sygehusaktivitet. Har regionen ikke præsteret en aktivitetsstigning svarende til de udbetalte midler ved årets udgang, tilbagebetales de resterende midler til staten (Sundhedsdatastyrelsen, 2016, s.20).

Aktivitetspuljen dækker kun 40% af DRG/DAGS- taksten, for den aktivitet der er udover baselinen, og udbetales ligesom bloktilskuddet som 1/12 rater, a conto hver måned. Overstiger en region aktivitetsgrænsen for puljen vil der ikke ske yderligere statslig finansiering (Danske Regioner, 2015, s.1).

3.2.1.4 Kommunal medfinansiering (KMF)

Den kommunale medfinansiering blev indført ved strukturreformen i 2007. Indtil 2012 var den KMF opdelt i et fast grundbidrag og en aktivitetsbestemt finansiering. Formålet med indførelsen var at give kommunerne et større incitament til, at skabe en bedre forebyggende og rehabiliterende indsats for at reducere antallet af kommunens borgere der kom i kontakt med sygehusvæsenet og praksissektoren, for derigennem at spare penge på medfinansieringen. Princippet bag er at kommunerne betaler en procentandel, op til et aftalt loft, af regionernes udgifter i forbindelse med hver behandling af kommunens borgere i sygehusvæsenet og praksissektoren. Prissætningen sker ud fra DRG/DAGS-systemet (Sundheds- og Ældreministeriet, 2016, s.120-121).

Fra 1.januar 2017 er loven om regionernes finansiering ændret, og der er fastsat et loft for regionernes indtægter i forbindelse med den kommunale medfinansiering, således at alle regionernes indtægter fra den kommunale med finansiering over et aftalt loft vil blive samlet op at staten. Formålet er at fjerne incitamenter til at opretholde u hensigtsmæssig aktivitet i regionerne. Al overskydende KMF tilbagebetales til kommunerne i den region det er opsamlet (Sundhedsdatastyrelsen, 2016, s.8). Det blev ligeledes vedtaget, at medfinansieringsordningen skulle indeholde en aldersdifferentiering, som beskrevet i nedenstående tabel:

Tabel: 3.1

Alders Gruppe	Medfinansieringsprocent		Betalingsloft			
			Stationær		Ambulant	
	Ny ordning	Gl. ordning	Ny ordning	Gl. ordning	Ny ordning	Gl. ordning
0 - 2 årige	45%	34%	15.000	14.811	1.500	1.461
3 - 64 årige	20%	34%	25.000	14.811	2.500	1.461
65 - 79 årige	45%	34%	25.000	14.811	2.500	1.461
80 + årige	56%	34%	30.000	14.811	3.000	1.461

(Sundhedsdatastyrelsen, 2016).

3.2.1.5 Mellemlig regional afregning

Den mellemregionale afregning træder i kraft når en borger modtager behandling på et sygehus udenfor sin egen bopælsregion. Det er stadig borgerens bopælsregion der er ansvarlig for finansieringen af behandling, og derfor kan den behandlende region opkræve betaling fra denne.

Der skelnes inden for regionalafregning mellem 2 forskellige afregningsformer. Den ene er for patienter der er behandlet på henholdsvis hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, og den anden er for patienter der modtager højt specialiseret behandling (Sundhedsdatastyrelsen, 2016, s.121-122)

For patienter der modtager behandling på hovedfunktions eller regionsfunktionsniveau i en anden region fastsætter Sundheds- og ældreministeriet et sæt landsdækkende takster, på baggrund af sygehusenes samlede drift omkostninger. For patienter der modtager behandling på højt specialiseret niveau i en anden region, fastsættes afregningen ud fra det samlede omkostninger forbundet med behandlingen lokalt på det enkelte sygehus. Den højt specialiserede behandling foregår som et samarbejde mellem regionerne, således at regionerne kan købe højt specialiserede behandlinger hos regioner der har specialiseret sig i netop denne. Regionerne køber således en

kapacitet hos hinanden. Behandling i andre regioner på hovedfunktions og regionsfunktionsniveau skal mere ses som en del af frit sygehusvalg ordningen (Sundhedsdatastyrelsen, 2016, s.122).

3.2.2 Økonomistyring af sygehusene

Det er som beskrevet ovenfor regionernes opgave at varetage driften af de danske sygehuse, inden for de rammevilkår der årligt forhandles mellem Danske Regioner og Staten i økonomiaften. Kun 19% af regionernes finansiering til sundhedsområdet er imidlertid direkte aktivitets afhængig – den statslige aktivitetspulje og den kommunale medfinansiering- de resterende 81% af regionernes finansiering af sundhedsområdet udgøres af en baseline, som er aftalt på baggrund af økonomiaftalerne. Det forhold efterlader en hvis grad af frihed i regionerne til selv at konstruere indretningen af styringen af sygehusene, i det der, udover nogle faste aftaler om prioritering, ikke stilles krav til hvilke tiltag sygehusenes produktionsværdi skal ske igennem. Det står således den enkelte region frit for selv at prioritere specifikke sundhedsindsatser til egne borgere inden for de økonomiske rammer, så længe der er sikret nødvendige sygehusbehandlinger for borgeren (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2009, s.15).

Det er regionens ansvar, på baggrund af aftalerne om overordnede principper og målsætninger, at skabe mest mulig værdi inden for den økonomiske rammer de har til rådighed. Regionerne har samtidig et ansvar for, at sikre at kapaciteten af sundhedsområdet anvendes så effektivt som muligt, da der fra statslig og kommunal side er fokus på at de afsatte ressourcers anvendes til at skabe mest mulig sundhed. Regionerne skal derfor sørge for at behandlingsindsatserne foregår på det lavest effektive omkostningsniveau.

kravene til regionernes økonomistyring af sygehusene skal derfor ske ud fra, henholdsvis en høj grad af:

- udgiftskontrol.
- omkostningseffektivitet.
- mål opfyldelse af de prioriterede mål.
- kvalitet i behandlingen.

(Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2009, s.17).

Til at balancere de forskellige hensyn er der brug for et styringssystem der indbefatter flere forskellige styringsværktøjer, til at udjævne fordelene og ulemperne.

Styringen er en vigtig forudsætning for, at de aftalte mål for produktionen hænger sammen og kan realiseres, samtidig med at udgiftsbudgettet, overholdes på de enkelte sygehuse, og afdelinger. Det er vigtigt at økonomistyringsmodellen mellem region og sygehus og mellem sygehus og afdeling ikke modarbejder de mål der er opstillet for produktionen af sundhedsydelser (Bilde et al. 2010 s.19-21). De enkelte regioner bestemmer selv hvordan de ønsker at fordele ressourcerne til sygehusene, hvilket oftest vil foregå som en fast bevilling, samt en aktivitetsbaseret ud fra en aftalt økonomiskramme (Bilde et al. 2010 s.30). Det blev i 2004 vedtaget at en del af bevillingerne fra regionerne til sygehusene skulle være aktivitetsbaserede. Dengang blev niveauet sat til 20 %, men i 2007 blev det forhøjet til mindst 50 %. Regionerne har således en kompleks styringsopgave i forhold til at sikre, at mindst 50% af bevillingerne til sygehusene skal være aktivitetsbaseret og samtidig sørge for at overholde den økonomiske ramme (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2009, s.18)

Regionernes største udfordring er således at balancerer styringen af sygehusene, så der anvendes en afregningsform der skaber incitament til at øge aktiviteten og produktiviteten, men samtidig holder sig inden for den overordnede budgetramme og opnår de aftalte kvalitets mål (Bilde et al. 2010 s.31).

Den interne økonomistyring på sygehusene er selvsagt stærkt påvirket af de styrings- og afregningsrationaler der gør sig gældende i resten af sundhedsvæsenet.

De forskellige finansiering og afregningsordninger i sundhedsvæsenet stiller således forskellige krav til sygehusenes interne økonomistyring, der kan generaliseres ned til fire hovedopgaver:

- Registrering af omkostninger, udgifter og indtægter.

- Rapportering af sygehusets resultater, både produktion, økonomi og mål.
- Økonomi planlægning, som investeringsplaner, flerårsbudgetter osv.
- Kontrol, herunder bevillingskontrol, bilagskontrol samt overvågning indtægts og udgiftsudvikling. (Bendix et al. 2012, s.153).

De forskellige afregningssystemer stiller forskellige krav til de 4 styringsopgaver, med aktivitetsbaseret afregning som den mest krævende. Der har således gradvist med indførelsen af en øget grad af aktivitetsbaseret afregning også sket en øget professionalisering af sygehusenes økonomiarbejde (Bendix et al. 2012, s.153).

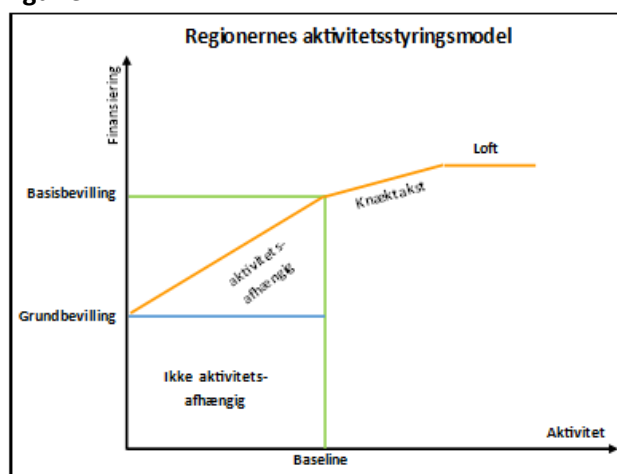
3.2.2.1 Regionernes aktivitetsstyringsmodeller for sygehusene

Regionernes aktivitetsstyringsmodeller består overordnet af en basisbevilling bestående af to led, henholdsvis en grundbevilling - der fastsættes p.ba. en lokal vurdering af sygehusets omkostninger, specialeplaner, produktivitet, Case-mix m.v. – og en aktivitetsafhængig bevilling – der afregner sygehusene efter en bestemt procentdel af DRG/Dags-taksten, fra den første patient op til et bestemt aktivitetsmål (baseline).

sygehusenes aktivitetsmål (baselinen) bliver fastsat på baggrund af aktiviteten fra de foregående år, korrigeret for produktivitetskravet, kapacitetsændringer og strukturelle ændringer.

Videre opereres der inden for nogle af regionerne med såkaldte knæktakster, hvor man afregner med en mindre procentdels af DRG-taksten for aktivitet udover det aftalte aktivitetsniveau (Højgaard et al., 2016, s.14).

figur 3.4



(Højgaard et al., 2016, s.15).

Regionernes aktivitetsstyringsmodeller skal overordnet ansues som rammebudgetter med aktivitetsmål, hvor de enkelte sygehuse vil blive modregnet i næste års bevilling fra regionerne, hvis de ikke opnår deres fastsatte produktionsmål, med enkelte tillæg og undtagelser inden for de forskellige regioner (Højgaard et al., 2016, s.24). tabellen nedenfor viser regionernes aktivitetsstyringsmodeller for 2016:

Tabel 3.2

Regionernes takststyringsmodel 2016, Somatik				
Region	Område	Afregning indtil baseline	Afregning over baseline	bemærkninger
Hovedstaden	Somatik	<ul style="list-style-type: none"> • Basisbevilling. • Afregning med 50% af DRG- og DAGS-taksten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Meraktivitets pulje på 140 mio. • Meraktivitet skal godkendes 	—
Sjælland	Somatik	Aktivitetsbudget med opførelse af antallet af kontakter og indlæggelser, i tillæg til oplysninger om det enkelte sygehus produktion i DRG-Værdi-	—	Der er ikke mekaniske sanktioner med hensyn til om produktionen ligger over/under den aftalte baseline, bortset fra korrektioner af udgiftsbudgettet som følge af manglende realisering af hjemtag. Dog kan manglende realisering af målene i driftsaftalen føre til korrektioner af sygehusenes driftsaftale.
Syddanmark	Somatik—garantiafdelinger	<ul style="list-style-type: none"> • Basisbevilling. • Afregning med 55% af DRG- og /eller DAGS-taksten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afregning med 55% af DRG- og /eller DAGS-taksten. • Uden loft for ambulant og planlagt stationær aktivitet 	Har budgetansvar for udgifter til behandling på private sygehuse
	Røntgen- og nuklearmedicinsk afdeling		<ul style="list-style-type: none"> • Afregning med 55% af DAGS-taksten • Uden loft 	
	Øvrige somatiske afdelinger		<ul style="list-style-type: none"> • Afregning med 55% op til aftalt loft på sygehusniveau 	
	Somatisk—særlige områder	<ul style="list-style-type: none"> • Særlige afregningstakster 	<ul style="list-style-type: none"> • Særlige afregningstakster 	
Midtjylland	Somatik	<ul style="list-style-type: none"> • Basisbevilling. • Afregning med 50% af DRG- og DAGS-taksten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afregner ikke over baseline, med undtagelse af meraktivitetsprojekter. 	20-40 mio. årligt til meraktivitetsprojekter
Nordjylland	Somatik	<ul style="list-style-type: none"> • Basisbevilling. • Afregning med 50% af DRG- og DAGS-taksten. • Afregningen foregår på sygehusniveau 	<ul style="list-style-type: none"> • Afregning med 40% af DRG-værdi indtil loft (pulje på 11 mio.). • Stationær medicinsk meraktivitet og skadestue aktivitet afregnet ikke. 	—

(Højgaard et al., 2016, s.23).

3.3 Analyse 1 – problemer i den nuværende styring?

3.3.1 Den nuværende styring i et Principal-Agent (PA) perspektiv

I Teoriafsnittets præsentation af PA-teorien⁵, blev der beskrevet to overordnede kontraktstyringsregimer, med hver deres kontrolindsatser, der anvendes når principalen vil indgå en kontrakt med agenten, henholdsvis:

1. Den adfærdsbaserede kontrakt
2. Outcome baserede kontrakt

Den nuværende styring af sundhedsvæsenet, vil i det følgende blive analyseret ud fra specialet forståelse af PA-teoriens adfærdsbaserede kontrakt. I specialets forståelse af den nuværende styring af sundhedsvæsenet, kan der siges at være 2 elementer i den adfærdsbaserede kontrakt:

1. Principalen afregner agenten med en DRG-takst, for udførelse af bestemte takstgivende aktiviteter. De samlede ressourcer der stilles til rådighed for agenten, er således summen af agentens forventede aktiviteter DRG-takst værdi.
2. DRG-taksterne reduceres årligt med X % grundet produktivitetskravet.

Den nuværende styringskontrakt identificeres som adfærdsbaseret, idet der styres hvilke aktiviteter der gennemføres, gennem de aktiviteter der takstafregnes. Agenten modtager således ikke ressourcer, for at foretage andre aktiviteter end dem der er takstgivende.

Herudover søges det i kontrakten, gennem produktivitetskravet, at agenten udviser en adfærd, der leder til lavere omkostninger ved at gennemfører den aftalte aktivitet.

I princippet er antallet af de aktiviteter der udføres, et resultat af de praktiserende lægers henvisninger, men også af udredningerne og forundersøgelserne der finder sted på sygehusene, samt genindlæggelser. sygehusene har således i et vist omfang en mulighed for at påvirke aktiviteten.

Denne overordnede beskrivelse af den nuværende styring er selvfølgelig stærkt forenklet. Dette skyldes bl.a. en række forhold, der komplicerer billedet:

1. Der er en relativ stor tidsmæssig forsinkelse i sammenhængen mellem agentens udførte aktiviteter og udgifter, over for indtægterne.
2. Regionerne er bundet af bloktilskuddet fra staten, suppleret af indtægter fra aktivitetspuljen og kommunal medfinansiering (KMF). Staten står for opkrævningen af KMF og overskrider regionerne loftet for KMF, bliver merindtægten stående i staten.
3. Regionerne skal leve op til flere krav, f.eks. venteliste- og behandlingsgarantier som fastsættes af staten.

Regionerne bliver således afregnet i forhold til deres aktivitet, p.ba. DRG-takster, men skal samtidig tage hensyn til et budgetloft, bloktilskuddet, aktivitetspuljen og KMF, der opstiller begrænsninger for det samlede aktivitetsniveau. overstiger regionernes samlede DRG-værdi – Aktivitet x Takster – mere end de 3 indtægtskilder, bliver aktiviteten der modsvarer den overskydende DRG-værdi ikke finansieret. Er DRG-værdien omvendt lavere end det samlede budget, bliver regionens budget for det efterfølgende år nedreguleret.

⁵ eller retter PA-perspektivet som vi omdøbte vores tilgang til fordi vi tager udgangspunkt i de adfærdshypoteser som PA-teorien forudsiger fremfor de spilteoretiske resultater, man under stramme antagelser og forudsætninger kan beregne sig frem til gælder ved forskellige kontraktscenarier.

SKOLEN FOR STATSKUNDSKAB

Der er således en tidsmæssig forskydning i tilpasningen af de ressourcer der tildeles agenten, når DRG-værdien af udført aktivitet ligger over eller under det beløb der er fastsat.

Der vil også være en forsinkelse mellem afdelings udførte aktiviteter, og hvornår der foreligger en beregning af hvor meget DRG-værdi de har resulteret i. Det kan således være svært for agenten præcist at ramme det DRG-buget der er aftalt, bl.a. fordi patientflowet afgøres delvist uden for sygehusene via de praktiserende læger, jf. ovenfor. Des højere i det regionale hierarki agenten befinder sig desto vanskeligere vil det være at ramme præcist, idet flere underliggende enheders opgørelser/perioderegnskaber skal konsolideres.

Udover de, jf. ovenfor, stærke bånd på regionernes samlede aktivitetsniveau, bliver regionernes aktivitet også styret af venteliste-, behandlings- og udredningsgarantier, hvilket betyder at regionerne og sygehusene ikke blot kan udføre den aktivitet, der fra et agentperspektiv ville være den mest hensigtsmæssige, for at ramme det aftalte DRG-budget.

De ovennævnte forbehold viser, at agenten ikke frit kan agere efter de betingelser aktivitetsafregningen og produktivitetskravet stiller, men også må agere i forhold til de restriktioner principalen opstiller i form af budgetloft, og forskellige udregnings- behandlings- og ventelistegarantier. Hertil kommer at der hverken er en tidstro sammenhæng mellem udført aktivitet og ressourcer, eller hvor agenten står i forhold til overholdelse af DRG-budgettet.

Alt dette medfører at agenten oplever et slør, i forhold til at forudse hvilke resultater dennes handlinger fører til, og at ineffektiv adfærd ikke nødvendigvis er intentionel, men et resultat af de betingelser agenten styres under.

På trods af alle de øvrige elementers i styringen, som den ovenstående nuancering af styringen af sygehusvæsenet afdækker, er det dog reelt aktivitetsstyringen og produktivitetskravet der sætter dagsordenen i styringen af sygehusvæsenet. Regionerne og sygehusene – i nogle regioner også klinikker og afdelinger – vil ikke kunne leve op til sine budgetforudsætninger, og undgå at få nedreguleret budgettet året efter, hvis de ikke leverer den påkrævede aktivitet. ligeledes vil de også opleve, årlige tilpasninger i deres rammebudgetter og resultatkrav, i takt med at DRG-takster ny-beregnes som resultat af produktivitetskravet.

3.3.2 Analyse af den nuværende styring

Ifølge PA-perspektivet kan måden der kontraktreguleres på i den adfærdsbaserede kontrakt, lede til at agenten udviser en adfærd der vil betyde mindre effektive driftsløsninger end dem principalen ønsker. Denne adfærd kan bl.a. opstå fordi:

1. Måden der reguleres på medfører at agenten leverer bestemte aktiviteter til løsning af problemer, selvom mindre bekostelige aktiviteter kunne løse problemet, årsagen er at agenten kun honoreres for bestemte aktiviteter.
2. Agenten maksimerer udnyttelsen af sine ressourcer ved at øge bestemte aktiviteter og mindske andre, selvom dette ikke nødvendigvis maksimere det udbytte af ressourcerne principalen ønsker.

Agenten kan således suboptimere på flere forskellige måder. I behandlingen af interviewene, søges det analyseret om informanterne kan bekræfte det teoretiske udgangspunkt, som resultat af den nuværende styring, og hvordan denne adfærd konkret kan beskrives.

I analysen vil det på baggrund af informanternes besvarelser blive undersøgt, hvilke elementer de mener er centrale i den nuværende styring, og dernæst hvilke uhensigtsmæssigheder de måtte mene, der er ved denne styring/disse styringselementer.

Tabel 3.3

For overblikkets skyld anvender følgende analysen forkortelser for informanterne			
Forkortelse	Navn	Organisation	Sted/stilling
A1	Jonas With	Danske regioner	
B1	Niels Würgler Hansen	Rigshospitalet	Hjertecentret, direktør
B2	Niels Lauge Johansen	Aalborg Universitetshospital	Klinik Akut, klinikchef
B3	Jan Nielsen	Aalborg Universitetshospital	Klinik diagnostik, klinikchef
B4	Frank Skriver Mikkelsen	Aalborg Universitetshospital	Hoved-Orto, Klinikchef
C1	Poul Hedevang Christensen	Aalborg Universitetshospital	Ortopædkirurgisk afd., overlæge
C2	Claus Munk Jensen	Nykøbing Falster Sygehus	Ortopædkirurgisk afd., overlæge

(Kilde: Egenproduktion).

Specialets informanter er alle blevet spurgt ind til, hvilke elementer de anser som centrale i den nuværende styring. Det er gjort, for at undersøge om informanterne deler det samme billede, af det styrings regime de agere i.

Informanternes opfattelse af den nuværende styring har således stor betydning for om der kan generaliseres og sammenlignes, ligeledes kan forskellige billeder af virkeligheden blandt informanterne udgøre en pointe i sig selv. På baggrund af informanternes besvarelser, er der identificeret 4 overordnede elementer i den nuværende styring, som fremgår af nedenstående tabel:

Tabel 3.4

Elementer i den nuværende styring	Informant
Aktivitetsbaseret afregning (AA) ¹	Alle informanter
Produktivitetskrav (PK)	Alle informanter
Rammebudgetter	Alle informanter
Udrednings og behandlingsgaranti.	Alle informanter

1) Den aktivitetsbaserede afregning, benævnes forskelligt af informanterne, f.eks. takstafregning, DRG-baseret afregning osv.

(Kilde: Egenproduktion)

3.3.2.1 Aktivitetsbaseret afregning (AA)

Alle specialets informanter nævner AA, som en et væsentligt element i den nuværende styring af sundhedsvæsenet, dog i varierende grad.

De fire informanter fra Region Nordjylland (B2, B3, B4 og C1) fortæller eksempelvis alle, at de kun bliver indirekte berørt af AA. Informanterne forklarer, at klinikkerne og afdelingerne modtager et rammebudget med tilknyttede krav om aktivitet. Dog forholder det sig således, at hvis sygehuset, som er summen af afdelingerne, ikke præstere tilstrækkelig med aktivitet, til at levere den aftalte DRG-værdi, så vil sygehusets budget, alt andet lige, blive reduceret i den næste budget periode, hvilket må formodes at lede til at der også reduceres i klinikernes og afdelingernes budgetter. Dvs. det har konsekvenser, hvis sygehuset, klinikken og afdelingen⁶, ikke lever op til aktivitetskravet, men med en tidsmæssig forsinkelse.

Dog følges der løbende op internt på sygehusene. Hvis en afdeling underpræstere i forhold til aktivitetskravet, vil den blive mødt med krav fra ledelsen om at rette op. B3 forklarer således: *Når vi har aktivitetsmøder én gang om måneden så sidder vi med vores specialer og drøfter det her, bl.a. aktiviteten også, hvordan er det den udvikler sig. Men de enkelte ledende overlæger har jo et meget stort fokus på det fordi de skal have deres daglige produktion til at hænge sammen med den økonomiske ramme de har (...)* (Bilag.4 s.5)."

Informanterne B1 og C2, der hører til i henholdsvis Region Hovedstaden og Region Sjælland, forklarer derimod at de er mere direkte styret af AA, da en del af deres budgetter dækkes af en løbende indtjening. På klinikkerne i Region Hovedstaden afregnes aktiviteten således med 50% af DRG- eller DAGS-taksten, op til baseline, mens de øvrige 50% af budgettet dækkes af en basisbevilling, jf. afsnit 3.2.2.2 Dette adskiller sig i realiteten dog ikke synderligt fra måden de regulerer i Region Nordjylland, idet det ifølge B1, i Region Hovedstaden er *"forudsætningen for at have det samme budget, nogenlunde, til næste år, (...) at du når dit forudsatte aktivitetsniveau, og hvis du ikke gør det så kan du kigge ind i et budget til næste år der er mindre end det du havde i år* (Bilag.2 s.2)".

I Region Sjælland udgør aktivitetskravet bare et af flere aktivitetsmål, som tilsammen udløser de budgetmidler der stilles til rådighed. I modsætning til de øvrige regioner, reguleres sygehus budgetterne i Region Sjælland ikke i forhold til forrige års præsterede aktivitet, jf. 3.2.2.1. til gengæld reguleres sygehusenes budgetter i forhold til, hvorvidt de lever op til en aftale om, at hjemtage patienter fra private sygehuse, med den DRG-værdi disse patienter koster regionen.

Specialets informant fra Danske Regioner, A1, besvarer ikke spørgsmålet om den nuværende styring direkte, men det fremgår af informantens besvarelser af spørgsmålene *"Hvad er de overordnede bevæggrunde til at danske regioner ønsker en værdibaseret sundhed?"* og *"Hvilke centrale elementer der indgår i den nuværende styring af sundhedsvæsenet?"*, at han også anser AA som et centralt element af den nuværende styring.

Det kan således konstateres at alle informanterne vedkender sig at AA er et centralt styringsinstrument i den nuværende styring af sundhedsvæsenet, på trods af ingen af dem synes direkte berørt af AA i deres daglige arbejde, i den forstand, at de ikke skal levere en bestemt mængde aktivitet for at modtage deres budgetter, dog har

⁶ Hvis andre afdelinger "overpræstere" i forhold til deres budget, således at klinikken og sygehuset lever op til samlede produktionskrav, så bliver klinikken og sygehusets budget, alt andet lige, naturligvis ikke reduceret. Det må formodes at der til gengæld sker en regulering af budgetterne hos de underliggende afdelinger i det efterfølgende år.

SKOLEN FOR STATSKUNDSKAB

manglende aktivitet reel indflydelse på deres ressourcer på langsiget, i det der, reguleres for manglende aktivitet på det efterfølgende års budget.

3.3.2.2 Produktivitetskravet (PK)

Ligesom ved AA oplever alle informanterne PK, som en central del af den nuværende styring af sundhedsvæsenet. AA og PK skal ses i sammenhæng, idet PK har direkte indflydelse på størrelsen af DRG-taksterne som bruges til afregningen under AA.

PK har således en direkte påvirkning på de rammebudgetter klinikkerne og afdelingerne får stillet til rådighed, idet PK, alt andet lige, reducerer rammebudgetterne år for år, i forhold til den aftalte aktivitet. Alle specialets informanter vedkender sig denne sammenhæng, og B2 bemærker: ” *det forventes at man øger produktiviteten. Du skal behandle 2% patienter ekstra pr. år, for den samme portion penge (Bilag.3 s.3)*”.

Som det vil fremgå af den senere diskussion af problemer med den nuværende styring, mener alle informanterne direkte eller indirekte, at der er udfordringer ved staten og regionernes håndhævelse af produktivitetskravet, på trods af det ikke er alle informanterne der oplever problemer med at leve op til selve kravet.

3.3.2.3 Rammebudgetter

Som det fremgår under gennemgangen af AA ovenfor, tildeles alle niveauer i det regionale sygehusvæsen reelt rammebudgetter, med et tilhørende resultatkrav. Rammebudgetterne er imidlertid indirekte afledt af AA og PK, idet det aktuelle års rammebudget er resultatet af det forrige års AA, korrigeret for et nyt aktivitetskrav, der er aftalt mellem staten og regionerne, og fratrukket PK.

Når det nye rammebudget tager udgangspunkt i sidste års AA, betyder det at det indeværende års rammebudget kan blive nedreguleret relativt til foregående år, hvis der enten er blevet leveret under den aftalte aktivitet, eller over.

3.3.2.4 Udrednings- og behandlingsgarantier.

Specialets informanter fortæller alle at udrednings- og behandlingsgarantierne indgår som et, mere eller mindre, væsentligt styringsværktøj i den nuværende styring, for løbende at overvåge om klinikkerne og afdelingerne lever op til disse garantier.

Flere af specialets informanter påpeger at dette styringselement, efter deres mening, overflødiggør produktivitetskravet, da de ved at leve op til garantierne, automatisk vil være med til at øge aktiviteten. B4 forklarer bl.a.: ” (...) *når jeg hører, igen debatten, der kører på nationalt plan om; at nu skal vi fjerne produktivitetskravet på 2 %, så bliver det bedre. Men hvad nu hvis vi så ikke lever op til de målsætninger om ventetider? Hvad gør vi så, så går vi jo ind og prøver at øge aktiviteten for at vi kan nedbringe ventetiden (Bilag.5 s.4)*”.

3.3.3 Problemer i den nuværende styring.

Det kan på baggrund af ovenstående gennemgang af informanternes besvarelser konstateres, at de alle genkender aktivitetsbaseret afregning (AA) og produktivitetskravet (PK), som centrale elementer i den nuværende styring.

Ud over de 2 styrings elementer, nævner informanterne også flere andre elementer, der indgår i den nuværende styring. Der vil imidlertid i det følgende, når der ses på problemer ved den nuværende styring, blive fokuseret på AA og PK, da disse 2 elementer er dem der er fremtrædende når informanterne peger på problemer ved den nuværende styring.

Det har i ovenstående kunne konstateres, at specialet informanter kun oplever at være indirekte styret af AA, hvorimod PK mærkes direkte, idet den indebærer at de rammebudgetter der stilles til rådighed, løbende reduceres relativt til den aktivitet der leveres.

Tabel 3.5

Problemer i den nuværende styring udpeget af informanterne	Informanter
Aktivitetsbaseret afregning (AA) ¹⁾	Alle informanter
Produktivitetsskrav (PK)	Alle informanter

1) Den aktivitetsbaserede afregning, benævnes forskelligt af informanterne, f.eks. takstafregning, DRG-baseret afregning osv.

(Kilde: Egenproduktion).

3.3.3.1 Problemer med aktivitetsbaseret afregning (AA)

I forbindelse med den aktivitetsbaserede afregning, peger specialets informanter på flere forskellige udfordringer, der overordnet kan rubriceres til 4 forskellige problematikker, henholdsvis:

1. Hvis en afdeling finder det svært at nå sit aktivitetsmål, kan det lede til at afdelingen vælger kun at foretage behandlinger, hvor den kan øge aktiviteten for at opnå tilstrækkeligt med aktivitet.
2. Afdelinger kan være fristet til at fejlregistrere, således at "ikke takstgivende" aktivitet registreres som takstgivende, eller takstgivende aktivitet registreres i en højere takstgruppe. En variant her er, at afdelingen bruger mange ressourcer på at optimere registreringer, i stedet for at behandle.
3. Det fremmer ikke kvaliteten af behandlinger, idet enheder i realiteten belønnes for genindlæggelser.
4. Der kan være en tendens til at fastlåse hvilke aktiviteter der produceres, da der er mindre incitament til at foretage aktiviteter der ikke udløser en takst. Ligeledes kan behandlinger med lavere eller ingen takst fravælges.

2 af klinikcheferne, B1 og B3, samt de 2 overlæger, C1 og C2, giver udtryk for den første af problemstillingerne. B1 fortæller bl.a. " (...) vi kender jo alle sammen de historier fra sygehuse der har været i problemer i slutningen af året, og som så har flyttet sine ressourcer fra sengeafsnittende og ud i ambulatoriet fordi det er der man vidste, at man hurtigt og effektivt kunne generere en masse aktivitet (...)" (bilag.2 s.2)".

Som eksempel på den anden problemstilling, fortæller C2 at han eksplicit har hørt om afdelinger, der har "(...) ansat læger, overlæger, speciallæger, til i stedet for at behandle patienter, så gennemgå kodninger så man fik optimeret sin DRG-indtjening (Bilag.7 s.7)".

B3 identificere den tredje problemstilling, og beskriver den således; "(...) lad os nu sige vi ikke har gjort vores arbejde godt og vedkommende bliver genindlagt 2 uger efter, så kan det godt være at det vil bonge ud med en stigende aktivitet, men er det kvalitet? Næ, det er det jo ikke. Det er jo ikke kvalitet ikke at gøre sit arbejde, at vi af den ene eller anden årsag følger patientforløbene til dørs, så vi får holdt vores patienter ude og hjemme (Bilag.4 s.3-4)".

Informanterne A1, B2 og C2 identificere alle den fjerde problemstilling i deres besvarelser, hvor B2 beskriver den, som; " Hvis normen er, at det her, det tager 5 dages indlæggelse at håndterer det her, så har du en DRG-værdi ud fra det, hvis du så siger: ""jamen det kan jeg lave ambulat med 12timers observation henover en dag i stedet for og så et ekstra besøg derhenne", så får du to ambulante besøg som er til en fuldstændig anden værdi, så du bliver straffet for at beskære antallet af sengedage, så den vej rundt er det jo et kontraproduktivt afregningssystem (Bilag.3 s.2)".

De 3 første problemstillinger, stemmer alle overens med den grundlæggende antagelse i PA-teorien, om at agenten grundet informationsasymmetrien vil blive fristet til at optimerer sine egne registreringer og derigennem opnå en højere DRG-afregning.

SKOLEN FOR STATSKUNDSKAB

Den fjerde problemstilling har at gøre med at der anvendes en adfærdsregulerende kontrakt, dvs. at principalen kun belønner agenten for at levere bestemte aktiviteter, hvilket gør at aktiviteter der evt. kunne leve bedre op til principalen ønskes om gode resultater ikke bliver udført, fordi der i henhold til den adfærdsregulerende kontrakt ikke afregnes for dem.

3.3.3.2 Produktivitetskravet (PK)

Som nævnt er alle informanterne ligeledes enige om at der er problemer med PK, eller i hvert fald måden denne anvendes på i den nuværende styring af sundhedsvæsenet.

Flere af specialets informanter oplever det at de løbende skal levere en relativt stigende aktivitet, i forhold til de afsatte ressourcer, som et problem i sig selv, da de oplever at det medfører at der skal løbes stærkere på gangene. Andre af informanterne oplever omvendt ikke PK som en uoverskuelig opgave, men ser det nærmest som noget der løses naturligt. B1 udtrykker således at han synes, at "(...) *det er mærkeligt, op til de her økonomiforhandlinger, at skulle høre regionerne gå så behårdt efter at få afskaffet produktivitetskravet, fordi jeg sådan set godt kan synes der kan være en vis fornuft i at have et produktivitets krav, også i lyset af at vi lever op til produktivitetskravet næsten uanset hvad vi gør* (Bilag.2 s.4)".

B3 bakker op om B1's påstand, og forklarer "(...) *som jeg også har sagt nogle gange nu; vi langt over den aktivitet som der forventes at vi leverer* (Bilag.4 s.6)".

Alle informanterne er imidlertid enige om, at der er en række problemer ved måden PK er udmøntet på. Faktisk nævner informanterne mange af de samme problemstillinger omkring PK, som de gjorde ved AA – måske fordi PK er mere AA. Der kan imidlertid identificeres en række problemstillinger som er specifikke for PK, henholdsvis:

1. Et stort fokus på PK, fjerner fokus fra kvaliteten af behandlingerne.
2. Fokus på PK, i kombination med AA, fastfryser strukturen da der fokuseres på flere af de samme behandlinger, i stedet for andre og bedre behandlingsløsninger.
3. Produktivitetskravet udmøntes ikke på en hensigtsmæssig måde i regionerne. Argumentet er, at regionerne kunne, hvis de ville, differentiere de krav der stilles til forskellige sygehuse/klinikker/afdelinger efter potentiale, og stadig indfri de samlede produktivitetskrav

B3 forklarer den første problemstilling således "(...) *at lægge blindt 2 % aktivitetskrav ned over er for mig noget besynderligt noget. Også fordi der for mig at se intet kvalitativt er i det* (Bilag.4 s.6)".

I forhold til den anden problemstilling forklarer A1, at "(...) *produktivitetskravet og aktivitetskravet er en barriere for at indfører værdibaseret styring, fordi det ligger op til at man ikke blot skal have en høj aktivitet, men også at man skal have en bestemt aktivitet. Det bliver således svært at omlægge aktiviteten.* (bilag.1 s.4)"

Som argumentation for den tredje problemstilling fremfører B1 synspunktet, at "*aktivitetsmålet er jo ikke i sig selv nødvendigvis et problem, (...) (men) man har ikke brugt den strategisk. Det er ikke sådan at man har sagt, at her er et område, som vi særligt gerne vil have aktivitet på, og der er nogle andre områder hvor vi ikke nødvendigvis vil have mere aktivitet, så man har ikke brugt aktivitetsfokus strategisk eller særligt målrettet, og det har jo gjort at det i princippet er noget der har belastet alle sygehusafdelinger, uanset om man kunne sige der var en begrundet forventning om at her var et område man skulle levere noget ekstra aktivitet på for at få ventelisten ned, for at få patienterne i behandling, fordi de vitterligt havde et helt reelt behov, mens der måske var andre områder hvor man kunne sige her var behovet måske knapt så krævende, og man kunne overveje om en aktivitetsstigning reelt måske*

var et udtryk for CREEP⁷, altså at man bare behandler patienterne mere massivt end man gjorde tidligere, uden at der nødvendigvis kommer noget sundhedsfaglig gevinst ud af det (Bilag.2 s. 3)

Som nævnt ovenfor er der ikke fuldkommen enighed blandt informanterne om hvorvidt det er vanskeligt, og giver problemer for sygehusene, at leve op til produktivetskravets fordring om mere aktivitet for pengene. Til gengæld er alle informanterne enige om, at produktivets kravet indirekte er årsag til en række problemer inden for sundhedsvæsenet.

På trods af dette påpeger flere af informanterne, at produktivetskravet har haft store og indiskutable positive effekter på sundhedsvæsenet, eller måske i virkeligheden for samfundsøkonomien og borgerne. Således forklarer A1, at *"Måden man har løst problemet med en stigende efterspørgsel efter sundhedsydelse, er at du har sat aktiviteten op hvert år. Og det har lykkedes at holde ventelisterne nede, og det har lykkedes at producere mere uden at omkostningerne er steget i takt med den ekstra produktion – det er det der ligger i produktivetskravet (...)"* (Bilag.1 s.4-5)".

Samtidigt peger flere af informanterne på, at produktivetskravet ikke er nødvendigt for at sikre en øget aktivitet, fordi dette automatisk vil ske når regionerne/sygehusene skal leve op til målsætningerne om udrednings- og behandlingsgarantien. Til det tilføjer C1, at *"Det kan godt være at du på papiret fjerner det, men når du har indført en udredningsgaranti og du har indført en behandlingsgaranti, så har du indirekte et produktivetskrav, fordi hvis du ikke håndterer de to KPI'er⁸, de to tal, så har du et problem som ledelse; så den eneste måde du kan håndtere det på er ved at øge aktiviteten, ellers kan du ikke efterkomme den efterspørgsel der er, og så har du indirekte et produktivetskrav"* (Bilag.6 s.3)".

Set i relation til PA-teorien, peger informanterne på en række problemer der har at gøre med at principalen styrer agenten efter en adfærdsreguleret kontrakt, der tvinger agenten til at agere på den måde der belønnes, dvs. at levere den aktivitet der udløser en DRG-takst, fremfor "ikke takst" udløsende aktivitet, der ellers i nogle tilfælde kunne være mere hensigtsmæssig.

3.4 Delkonklusion

Det kan på baggrund af ovenstående analyse af informanternes interviewbesvarelser bekræftes, at den nuværende økonomistyring af somatiske sygehuse skaber nogle utilsigtede incitamenter, der kan lede til en u hensigtsmæssig adfærd ude på sygehusene. Hvorfor specialets første hypotese om *at den nuværende økonomistyring af de somatiske sygehuse utilsigtet giver incitamenter til unødvendig aktivitet og samtidigt mangler incitamenter til at udvikle nye, bedre og mere omkostningseffektive behandlingsformer* synes at kunne bekræftes.

Ifølge informanterne skal problemet findes ved den aktivitetsbaserede afregning og produktivetskravet.

De problemer informanterne identificerer synes at stemme godt overens med de antagelser specialet har anlagt igennem PA-perspektivet, og kan opsummere til at den nuværende styring forårsager forskellige former for suboptimerende adfærd grundet informationsasymmetrien mellem principalen og agenten.

Informanterne bekræfter således i interviewene at:

⁷ Der henvises til begrebet DRG-Creep, der dækker over bevidste fejlregistreringer af takstgivende aktiviteter, for at opnå større indtjening.

⁸ Key Performance indicator

SKOLEN FOR STATSKUNDSKAB

1. Det forekommer, at sygehusafdelinger øger den aktivitet de selv kan kontrollere, for at leve op til de årlige aktivitetskrav, uden at denne øgning nødvendigvis reflekterer et egentligt behov, eller har nogen værdi for patienterne, for at undgå budget nedskæringer. Som eksempel herpå nævnes det bl.a. at patienter rykkes fra sengeafsnittende til ambulatorier, hvor det er nemmere at generere aktivitet.
2. Afdelinger ansætter personale, i nogle tilfælde læger, til at gennemgå registreringer for at sikre, at behandlinger registreres som den aktivitet der giver den højeste mulige takst.
3. Der ikke er kontrol nok med kvaliteten, hvilket bl.a. leder til at agenten bliver belønnet for genindlæggelser, hvilket ikke er optimal ressourceanvendelse og i nogle tilfælde er belønning af dårlig kvalitet.

Problemet i forhold til den nuværende styring er her ikke blot at informationsasymmetrien giver anledning til suboptimering, men at den adfærdsbaserede kontrakt ikke er god til at sikre at principalen og agenten styrer efter de samme mål, hvorfor agenten ikke nødvendigvis lever op til principalens ønsker.

Samtidig kan det også udledes af informanternes besvarelser i interviewene, at det at principalen søger at styrer agentens adfærd igennem hvilke aktiviteter der afregnes for, reelt kan være en blokade for agenten, i forhold til at leve op til principalens ønske om højere effektivitet i opgaveløsningen, da nye og effektive behandlinger ikke nødvendigvis aktivt afregnes. Det kan således afholde agenten fra disse løsninger, da de har en aktivitet og et DRG-budget, som de skal leve op til.

4. Den værdibaserede styring af sundhedsvæsenet.

I dette kapitel vil der indledningsvist, i afsnit 4.1, blive redegjort for indholdet i Porters Value-Based Health Care model, der er inspirationen bag arbejdet med værdibaseret styring i Danmark.

Herefter ses der i afsnit 4.2, nærmere på hvilke retningslinjer den værdibaserede styring udvikler sig efter, her bruges dokumenter fra arbejdsgruppen vedr. "projekt værdibaseret styring".

I afsnit 4.3 gennemgås og analyseres de forventninger og holdninger til den værdibaserede styring, som en række aktører i danske sygehuse gav udtryk for i en række kvalitative interviews, som er gennemført i forbindelse med specialet.

Som gennemgående tema i afsnittet søges der anlagt et PA-perspektiv på, om den værdibaserede styring er svaret på, eller overkommer, de vanskeligheder ved den aktivitetsbaserede styring som blev afdækket i kapitel 3.

I afsnit 4.4 samles der op disse overvejelser og der fremsættes en samlet konklusion.

4.1 Value-based Health Care

Michael E. Porter er ophavsmanden bag konceptet Value-Based Health Care, Eller som vi kender det i det danske sundhedsvæsen værdibaseret styring. Porters Value-Based Health Care-model byggede oprindeligt på seks forskellige nøgle koncepter, men er i en nyere form blevet tilføjet et ekstra koncept, der skal hjælpe til med at måle omkostninger (Harvard Business school, 2017i).

Michael E. Porter er til dagligt direktør på Harvard Business School's "Institute for strategy and competitiveness", der blev grundlagt i 2001 for at viderefører hans arbejde og forskning inden for feltet (Harvard Business school, 2017a). I følgende afsnit vil der blive taget afsæt i de beskrivelser Harvard Business School – Institute for strategy and competitiveness, anvender til at beskrive nøgle koncepterne i "Value Based Health Care".

De syv nøgle koncepter er således: Create Integrated practice units (IPU's), Measure Outcomes, Measure Costs, Bundled prices, System Integration, Geographic expansion og Build an enabling information technology platform. Det "nytilførte" punkt er Measure Cost (Harvard Business school, 2017i).

4.1.1 Integrated practice units (IPU's)

IPU går ud på at sygehuse skal samle de specialer der er relevante for en given behandling i behandlingsenheder, for bedst muligt at kunne sørge for at ekspertisen, der skal sikre kvaliteten og den fulde dækning af patientens behandlingsbehov i forløbet, er til stede. Det er ifølge modellen samlingen af behandlinger i integrerede behandlingsenheder, der vil have den største effekt på effektiviteten af behandlinger samt outcommet af patientforløbene. Ideen er at samling af behandlingsforløb vil resultere i en højere specialisering og effektivitet inden for de givne behandlinger, og derigennem skabe de bedste forudsætninger for patienternes outcome, i stedet for at sygehuse blot øger deres udbud af forskellige behandlinger, hvilket kan sænke kvaliteten (Harvard Business school, 2017d).

Der opstilles 11 mål for en IPU skal fungere optimalt:

1. Den skal være organiseret omkring patienternes medicinske tilstand, eller relaterede.
2. Den skal bestå af et team, der er dedikeret og specialiseret inden for de behandlinger området kræver.
3. Behandlerne skal være en del af, eller tilknyttet, en fælles organisatorisk enhed.
4. Den skal tage ansvar for det fulde behandlingsforløb, herunder ambulant, stationær, rehabilitering samt støttetjenester som ernæring og adfærdsmæssig sundhed.
5. Den skal have patientoplysning, -engagering og opfølgning som en integreret del af behandlingsforløbet.

SKOLEN FOR STATSKUNDSKAB

6. Den skal have en fælles administrations og planlægningsstruktur.
7. Den skal være samlet i fysiske speciale enheder.
8. Der skal være en team læge og en forløbsleder, der har overblikket for hver patients forløb.
9. Der skal være en fælles informations platform til måling af den enkelte patients forløb, omkostninger og outcome.
10. De relevante behandlere skal indgå i patient teams, der jævnligt mødes og diskuterer patienter, forløb og resultater.
11. Aktørerne skal acceptere et fælles ansvar for outcomes og omkostninger.
(Harvard Business school, 2017d).

I et PA-perspektiv kan "Integrated practice units" betragtes som et redskab der fokuserer viden om, hvad der skal til for at give patienten det bedste resultat af behandlingen, hos både principal og agenter. System integrationen, og viden om hvad der virker, styrkes naturligvis i en vekselvirkning med løbende opsamling af kliniske faglige data og PRO-data, jf. afsnit 4.1.2 nedenfor.

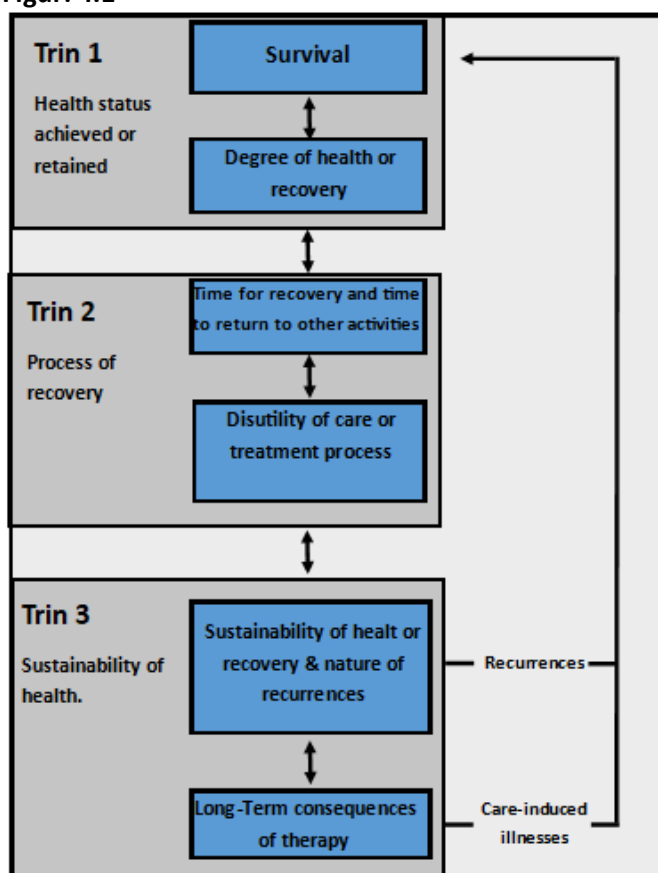
4.1.2 Measure outcomes & costs for every patient

Ifølge Porter bør målinger af værdi inden for sundhedssektoren fokuserer på, hvorvidt forløbene svarer til den enkelte patients behov, i stedet for prisen på enkelte behandlinger.

Han mener således at indførslen af frit valg og konkurrence i sundhedsvæsenet gennem reformer har fejlet, navnlig på grund af manglende evne til at måle og konkurrere på de ting der er vigtigst for patienten, henholdsvis; overlevelse, livskvalitet og komplikationer efter endt forløb (Harvard Business school, 2017e).

Porter opstiller således en model omkring hierarkiet inden for outcome målinger:

Figur: 4.1



(Harvard Business school, 2017e).

som det fremgår af modellen kan den hierarkiske orden overordnet inddeles i tre; "Health status" "Recovery" og "Sustainability".

Ifølge Porter er outcome det ultimative kvalitetsmål inden for værdibaseret styring. Han mener derfor at værdi skal måles på hvor godt behandlings forløbet møder den enkelte patients behov. For bedst at kunne måle om et forløb har været en succes skal man derfor følge patienten igennem hele forløbet, og anskue behandlingen af diagnosen og patienten i sin helhed (Harvard Business school, 2017e).

"Measuring outcomes and cost" er sammen med punktet "Information Technology Platform" det der i specialets optik er de afgørende forudsætninger for en ny og effektiv styring.

At måle på patientnære outcomes og omkostninger gør, at blikket rettes mod det, der ultimativt set er hele begrundelsen for sygehusvæsenets virke, og den informationsteknologiske platform gør det muligt løbende at følge og handle på hvor godt systemet er til at optimere disse outcomes og anvende omkostninger der står mål hermed.

4.1.3 Measuring Costs

Ifølge Porter er udgifterne til sundhedsvæsenet steget drastisk med årene. Han mener at en af hovedårsagerne til dette er, at der ikke findes et godt nok system til at måle værdi. Sygehusene har således ikke et overblik over hvad det samlede patientforløb koster, eller hvordan disse omkostninger relaterer sig til patientens outcome. En af grundene til dette kan være den manglende enighed blandt sundhedsaktørerne omkring, hvad omkostninger skal dække over.

Porter mener at leverandøren og bestilleren af sundhedsydelser vil kunne sænke omkostningerne, hvis de sætter sig bedre ind i hvad disse dækker over. Porter ser flere muligheder for at sænke omkostningerne ved en behandling uden at det vil have en negativ indvirkning på patienternes outcome, i nogle tilfælde vil det endda have et positivt. Eksempelvis foreslås det, at overproduktionen af kliniske prøver og ydelser, der ikke har den store effekt på patientens outcome, nedlægges. Han foreslår ligeledes at man skærper på administrations- og planlægningsenhederne, samt styrker bevidstheden omkring omkostninger ved behandlinger i de kliniske teams. Porter opstiller 4 principper til måling af omkostninger ved behandlinger:

1. Omkostningerne er den reelle udgift ved et patientforløb, og ikke den krævede eller betalte afgift.
2. Det skal være omkostningerne ved det enkelte patientforløb der måles.
3. Omkostninger skal være samlede omkring hele patientforløbet, i stedet for omkostningerne for den enkelte afdeling, service eller linjebest.
4. Omkostningerne skal baseres på det reelle ressourceforbrug, der anvendes ved det enkelte patientforløb – personale, faciliteter, udstyr.
 - Tid anvendt til den enkelte behandling.
 - Kapacitet anvendt til den enkelte behandling.
 - Ressource til patientrelateret støtte anvendt til den enkelte behandling.(Harvard Business school, 2017f).

Ifølge Porter er den bedste måde at måle omkostningerne til det fulde patientforløb, at anvende "Time-Driven Activity-Based costing" (TDABC).⁹

Ved at anvende TDABC kan det opgøres i hvor høj grad de enkelte patientforløb trækker på bestemte kliniske prøver og ydelser, herved kan den kapacitet der er tilstrækkelig til at producere de nødvendige prøver og ydelser planlægges bedre.

Ud fra et PA-perspektiv vil TDABC dels mindske informationsasymmetrien mellem principal og agent, og dels skærpe agentens blik på omkostningsstrukturen i sin egen produktion.

4.1.4 Bundled Pricing

Et værdi baseret betalingssystem af sundhedsydelser vil, ifølge Porter, motivere og belønne de behandlere der kan levere det bedste outcome for patienten, til den laveste pris, og samtidig straffe de behandlere der ikke kan forbedre patienternes helbredsstatus effektivt.

Episode-baseret eller Bundle payments for hele patientforløbet er ifølge Porter den bedste måde at motiverer sygehusene til, at levere den bedste værdi for patienten. Han ser en samlet refusions betaling for patientforløbet, der dækker over alle de behandlinger og indgreb der er foregået i forløbet, som det mest effektive. Samlede betalinger for hele patient forløbet skaber ifølge Porter flest fordele for alle aktørerne (Harvard Business school, 2017g).

Fordelene ved en samlet refusionsbetaling for patientforløbet er bl.a., at patienten får en afprøvet og effektiv behandling. Behandlingsstederne får muligheden for at skabe et overskud ved at behandle patienterne effekt og skabe gode outcomes, på den måde kan behandlingsstederne også tiltrække flere patienter med samme problem grundet deres specialisering og derigennem skabe et større overskud. Dem der producerer og leverer medicin, udstyr og test, der effektivt forbedre patientens outcome ved specifikke behandlinger eller sænker omkostningerne, vil få inkorporeret deres produkter i effektive behandlinger. Dem der betaler for behandlingerne vil få reduceret deres samlede udgifter til behandlinger (Harvard Business school, 2017g).

I et PA-perspektiv betyder det at der betales for hele patientforløbet, at agenterne har et incitament til at undgå unødvendige aktiviteter, da betalingen er hæftet op på forløbet og ikke de enkelte aktiviteter i "processen". Det kan således betale sig at effektivisere på processen.

Ulempen ved forløbsafregningen, hvis den står alene, er naturligvis at det også vil kunne betale sig for agenten at skære aktiviteter væk der giver kvalitet til forløbet. Derfor må forløbsafregningen også hæftes op på måling af kvalitet i forløbene, her under hvordan patienterne oplever behandlingen og tiden efter.

4.1.5 System integration

I "Value-Based Health Care"-modellen skal behandlingen være organiseret omkring patienterne.

Ifølge Porter vil det at samle en specifik behandlingstype under en organisering og i samme facilitet, og det at flytte alle ikke akutte behandlinger ud fra sygehus faciliteterne, kunne forbedre patienternes outcomes betydeligt og samtidig reducere behandlings omkostningerne. Han mener således, at hvis behandlere integrere deres behandlinger på tværs af et netværk af behandlingsfaciliteter, kan de skabe mere værdi for både patienterne,

⁹ I en time driven activity-based costing-model er en forenklet version af den traditionelle ABC model, hvor de enkelte funktionelle afdelinger er omkostningssteder der stiller kapacitet til rådighed og at den kapaciteten den enkelte afdeling stiller til rådighed måles i tidsenheder, f.eks. arbejdstimer (eller i andre typer af enheder, f.eks.kubikmeter lager plads o.l.), se f.eks. (Bukh, 2005)

behandlerne og sundhedssystemet som hele. Han opstiller 4 konkrete trin til opnåelse af et integreret behandlingssystem:

1. Der skal vedtages et overordnet tilbud af behandlinger der skal tilbydes, for at øge specialiseringen.
2. Der skal være en rationel organisering af de tilbudte services og de integrerede behandlingssenheder, således der skabes de bedste forudsætninger for at øge volumen, maximere brugen af ressourcer og styrke enhedsspecialiseringen.
3. Behandlingerne skal finde sted på passende faciliteter, baseret på patienternes medicinske tilstand, alvorligheden af denne tilstand, tilstandens ressourceintensitets krav, omkostningsniveauet og hvor det er mest bekvemt for patienten.
4. Behandlingerne skal være klinisk integreret, på tværs af afdelinger og faciliteter, gennem de integrerede behandlingssenheder (ipu).
 - Integrering af de samlede behandlinger i hele patientforløbet.
 - Integrering af forebyggelse og primærsektoren med de specialiserede integrerede behandlingssenheder (ipu).(Harvard Business school, 2017h).

I et PA-perspektiv kan "system integration" betragtes på samme måde som "integrated practice units", dvs. som et redskab der fokuserer viden om, hvad der skal til for at give patienten de bedste resultater af sin behandling, hos både principal og agenter. System integrationen og viden om hvad der virker styrkes naturligvis i en vekselvirkning med løbende opsamling af kliniske faglige data og PRO-data, jf. afsnit 4.1.2 Measure outcomes & costs for every patient ovenfor.

4.1.6 Geographic expansion.

Ifølge Porter er det de største leverandører af sundhedsydelser der skal lede vejen mod et tværnationalt værdibaseret sundhedssystem, da disse igennem deres succes har vist sig mest sandsynlige til at kunne udbrede et sundhedsydelsessystem der vil kunne forbedre outcomes for patienten og samtidig være mere omkostnings effektivt (Expand Excellent Services Across Geography, 2017).

Gennem strategiske udvidelser med integrering af lokale sundhedsleverandører mener han, at de vil kunne sprede deres høje grad af innovation samt høje standarder for behandling af patienter og således skabe en bedre adgang for patienter til en højt specialiseret behandling, forbedre de lokale behandlingsprotokoller og reducere fragmenteringen og de geografiske huller inden for specialiserede sundhedsydelser. For at opnå det, betyder det ifølge Porter, at de store leverandører af sundhedsydelser skal:

1. Skabe specialiseringer med høje standarder på tværs af geografiske områder.
 - Udvidelse med "satellit" pre- og post-akutte forløb ud fra en "Hub-and-Spoke" model.
 - Samarbejde med lokale behandlere, til udvidelse af de integrerede enheders rækkevidde.
2. Øge volumen af patienter der efterspørger specifikke behandlinger eller pleje, i stedet for af services der udbydes (Harvard Business school, 2017b).

For de lokale leverandører af sundhedsydelser betyder det, ifølge Porter, at de skal:

1. Samarbejde med de store leverandører, der har ekspertise inden for komplekse behandlinger og specifikke patientgrupper, for at få adgang til deres ekspertise, faciliteter og behandlinger, der skaber højere værdi for patienterne.
2. Påtage sig nye roller igennem samarbejdet (Harvard Business school, 2017b).

SKOLEN FOR STATSKUNDSKAB

Man kan på mange måder argumentere for, at det har været arbejdet i mange år med geografisk ekspansion i Danmark. Specialiseringen af sygehuse indenfor og på tværs af i første omgang amterne og senere regionerne har været en "on going" proces i mange år.

I et PA-perspektiv betyder "geografisk ekspansion", at der opnås en højere kritisk masse mht. at opsamle viden og opnå ekspertise og ekspertviden hos udføreren (agenterne), ligesom også sygehusejerne og principalerne på de underliggende niveauer professionaliseres.

4.1.7 Information Technology Platform

Porter mener ikke at man skal se den moderne informationsteknologi som det, der skal ordne alt det der ikke fungerer optimalt i sundhedsvæsenet. Men bruges informationsteknologien som et værktøj, og ikke en løsning, kan det hjælpe langt på vej mod målet, om at skabe mere værdi for patienten. Bevægelsen mod bedre it-systemer kan således være med til at muliggøre arbejdet mod en værdibaseret leveringsmodel, der kan forbedre patienternes outcomes.

Der eksisterer i dag en holdning til, at indførelser af nye it-systemer og teknologi som oftest er en omkostningstung manøvre, men ifølge Porter vil det i et værdibaseret system, hvor omkostninger og outcomes måles præcist, kunne indføres og anvendes som et ganske effektivt system (Harvard Business school, 2017c).

Porter opstiller 8 forslag til forbedringer, hvor it-systemer kan hjælpe med at skabe en restrukturering af behandlingsforløb og måling af resultater:

1. Udarbejdelse af almene data-definitioner og præcise sproglige definitioner til optimering af rapportering, kapacitet og effektive outcome målinger.
2. Kombination af alle typer af data for en given patient, f.eks. Billeder og noter.
3. Samle alt data der dækker det fulde behandlingsforløb, for en given medicinsk tilstand og/eller patient, også data fra de praktiserende læger.
4. Tillade adgang til, og kommunikation mellem, alle de involverede parter, også patienterne.
5. Udarbejdelse af standardiserede skabeloner for medicinske tilstande for at skabe ensformighed, og fremhæve de informationer der er mest relevante i behandling af specifikke tilstande.
6. Indsamling af struktureret data fremfor fri tekst i patientjournalerne.
7. Gøre det nemt at trække data om outcome-, proces- og aktivitetsbaseret omkostningsmålinger. Både i forhold til den enkelte patient og den medicinske tilstand.
8. Skabe fælles samarbejdes standarder, der muliggør kommunikation mellem forskellige leverandører og betalings organisationer, som en del af en større omstrukturering der skal fjerne dyre mellemlid (Harvard Business school, 2017c).

Som en af informanterne i det kvalitative interviews udtrykker det, så er nye datadrevne informations og ekspertsystemer det store "dyr i åbenbaringen". Det er det, der i forening med et nyt ledelsesfokus og "mind set" hos sygehudsvæsenets aktører, skal muliggøre et sundhedsvæsen med værdibaseret ledelse.

I et PA-perspektiv vil en "informationsteknologisk platform", hvis den lykkes med at skabe transparente outcome-baserede mål, medvirke til at skabe fælles mål for principal og agent, som vil betyde at meget af det spild der foregår i systemet i dag fordi principalers og agents mål ikke er sammenfaldende, kan undgås.

4.2 Analyse 2 – den værdibaserede styring

4.2.1 Indledning

I afsnit 4.2.2 vil der i forlængelse af forrige afsnit blive set nærmere på, hvordan der helt aktuelt bliver arbejdet med Michael S. Porters Value Based Health Care model i Danmark. Arbejdet med værdibaseret styring, som Value-Based Health Care er blevet døbt i Danmark, er stort set centreret omkring det fælles regionale ”projekt værdibaseret styring”. Projektet udspringer af Incitamentsudvalgets rapport fra 2013 og er tilført finansiering ved økonomiaftalen mellem staten og regionerne i 2016. Det skriftlige materiale der begynder at materialisere sig i forbindelse med projektet vil danne grundlag for analysen i afsnittet.¹⁰

I afsnit 4.2.3 vil det vha. besvarelsenerne i de semistrukturerede kvalitative interviews blive analyseret, hvilke forventninger informanterne fra sundhedsvæsenet har til, hvordan den fremtidige værdibaserede styring tegner sig.

I begge delafsnit vil PA-perspektivet blive inddraget i analysen, mhp. at besvare specialets anden hypotese.

4.2.2 Værdibaseret styring – danske regioner

Der har været arbejdet med forskellige elementer i forbindelse med ”projekt værdibaseret styring”.

Således har KORA og den svenske ”healtech” virksomhed IVBAR, på bestilling fra projektet, gennemført henholdsvis en evaluering af en række forsøgsordninger i regionerne, mhp. at uddrage erfaringer der kan anvendes fremadrettet i forhold til den værdibaserede styring (Højgaard et al, 2016), og et feasibility studie der skal tegne et billede af hvor godt rustet den danske sundhedssektor er til at indføre værdibaseret styring (IVBAR, 2015).

Herudover har en arbejdsgruppe, bestående af repræsentanter for regioner og stat, udarbejdet et arbejdspapir, hvor det undersøges hvilke typer afregningsmodeller der bedst understøtter den værdibaserede styring (Arbejdsgruppen for økonomi, 2017).

Sidst men ikke mindst har Danske Regioner og de fem regioner gennemført et udbud, hvor de valgte en leverandør til bistå med:

1. Procesledelse mht. at nå i mål med at 7 delprojekter i de 5 regioner, får opstillet brugbare styrings- og opfølgingsmodeller der skal bruges til at monitorere værdien af sundhedsvæsenet, systematisk og løbende på grundlag af dokumentation for behandlingsresultater og omkostninger på individniveau for et helt patientforløb.
2. Analysearbejde, hvor der med udgangspunkt i bl.a. delprojekternes resultater og erfaringer, skal beskrives en implementerbar løsning for, hvordan og under hvilke forudsætninger en værdibaseret styringsmodel vil kunne sættes i drift, herunder hvilke automatiserede og IT-baserede løsninger, der kan imødekomme behovet.

Umiddelbart før vinderen af udbuddet blev fundet færdiggjorde en tværregional arbejdsgruppe bestående af kliniske repræsentanter fra hele landet, repræsentanter fra de kliniske databaser, patienter og administrative personer en afslutningsrapport fra et workshopforløb. Resultatet af workshopforløbet var udviklingen af konkrete outcome-mål på syv udvalgte behandlingsområder, samt fastlæggelse af datakilder som grundlag for måling af de relevante outcome (Danske Regioner, 2017a).

¹⁰ Materialet kan ses på Danske Regioners hjemmeside, hvis der søges på værdibaseret styring.

SKOLEN FOR STATSKUNDSKAB

Resultaterne fra de tværregionale arbejdsgrupper danner udgangspunkt for det videre arbejde under udbuddet, herunder forsætter arbejdet i de syv delprojekter med at udvikle opfølgings- og styringsmodeller på de syv udvalgte behandlingsområder. **Quintiles** der vandt udbuddet skal bistå disse grupper med procesledelse.

De syv behandlingsområder og de regioner de er tilknyttet er vist nedenfor:

- Region Nordjylland – Hofte-knæ og diabetes.
- Region Hovedstaden – Angst/depression og Hjerter.
- Region Midtjylland – Apopleksi.
- Region Syddanmark – Prostatakræft.
- Region Sjælland – Epilepsi
(Danske Regioner, 2017a, s.6)

4.2.2.1 Indholdet i den værdibaserede styring

I den projektbeskrivelse der er udarbejdet i forbindelse med udbuddet, opdeler Danske Regioner arbejdet med at udvikle den værdibaserede styringsmodel i tre elementer:

1. Organisering og planlægning omkring patientforløb med udgangspunkt i patienternes behov.
2. Løbende og systematisk opfølgning på effekten af det givne patientforløb, af betydning for patienten, sammenholdt med de totale omkostninger.
3. Afregning der understøtter gode og effektive patientforløb.
(Danske Regioner, 2016, s.5)

Indholdet i pkt.1 om organisering og planlægning omkring patientforløb, dvs. organiseringen af sygehusene og opgavefordelingen mellem sektorerne adresserer Porter-modellens punkter vedr. integrated practice unites (IPU's) og systemintegration. Der synes dog ikke at være sat arbejde i gang vedr. dette punkt i "projekt værdibaseret styring" endnu.

De opgaver, vedr. projekt værdibaseret styring, som har været i udbud svarer i overvejende grad til de emner der beskrives i pkt.2. I det efterfølgende afsnit 4.2.2.2, vil der blive set nærmere på hvilket indhold regionerne ligger i disse opgaver.

Pkt.3 - "afregning der understøtter gode og effektive patientforløb" - vil blive nærmere behandlet i 4.2.2.3, hvor der vil blive set nærmere på de afregningsmodeller som er blevet drøftet og anbefalet af den ovenfor omtalte arbejdsgruppe.

4.2.2.2 Modeller og redskaber til opfølgning og styring af patientforløb

Formålet med regionernes projekt er først og fremmest at få udviklet en ny styringsmodel der kan anvendes til systematisk opfølgning på patientnære outcome-mål. Modellen skal udvikles på baggrund af pilotforsøgene på de syv behandlingsområder og skal kunne generaliseres fra pilotforsøgene til at fungere i hele landet.

De outcome-mål der blev udviklet på de syv udvalgte behandlingsområder forud for udbuddet er meget forskellige på grund af forskelle mellem områderne og de patientgrupper der behandles der. Der er dog i alle projekterne blevet balanceret imellem effektmål der beskriver noget om fagkvaliteten, som eksempelvis:

- Overlevelse
- Komplikationer
- Bivirkninger

Og effektmål der siger noget om sygdommen og forløbets indvirkning på patienten, som eksempelvis:

- Livskvalitet
- Fysiskfunktion
- Psykisk velbefindende

Samtidig anbefaler alle delprojekterne brugen af PRO-redskaber som datakilde (Danske Regioner, 2017b, s.8).

Den måde der arbejdes med outcome-mål på i projektet, følger Porters anbefaling om at " Measure outcomes and costs for every patient".

Udarbejdelsen af effektmålene, indikatorer og datakilder i delprojekterne bygger på tilpasninger af den internationale organisation ICHOM¹¹'s allerede eksisterende effektmål, indikatorer og datakilder, bare tilpasset til en dansk kontekst for bedre at stemme overens med det høje faglige niveau i Danmark, samt de databaser og pro-redskaber der allerede er i anvendelse. Dette er bl.a. gjort ud fra en pragmatiske holdning om, at sikre datakvaliteten og mindske behovet for nyudvikling i forhold til udviklingen af opfølgingsmodeller og efterfølgende implementering af disse (Danske Regioner, 2017b, s.8).

Ud over arbejdet med at definere og indsamle data til brug for faglige og patientnære outcome-mål, skal der også arbejdes med at indsamles aktivitets- og omkostningsdata.

I henhold til de resultatmål som fremgår af kravspecifikationen til udbuddet, skal: "*Modellen give ny indsigt i potentialet for at forbedre og effektivisere indsatsen for den enkelte patient og/eller patientgruppe ved at koble eksisterende aktivitetsdata fra administrative registre herunder om omkostninger/ressourceforbrug, ny patientrapporterede data og data fra andre kilder i et landsdækkende, tværregionalt registre* (Danske Regioner, 2017b, s.10)".

Det er således meningen at data om den enkelte patient/patientgruppe skal kunne præsenteres på en måde, som gør det muligt løbende at følge og vurdere effektiviteten af den samlede indsats (outcome sammenholdt med ressource).

Modellen skal således samlet set kunne præsentere data for:

- Resultater, der er vigtigst for patienterne.
- Kliniske resultatmål.
- Ressourceforbrug/omkostninger.
- Andre relevante opfølgingsparametre.

(Danske Regioner, 2017b, s.7)

Endeligt fremgår det af kravspecifikationen, at det skal undersøges om den databaserede opfølgingsmodel der skal kunne præsentere patientnære outcome- og effektmål og mål effektivitet og ressourceforbrug, også vil kunne anvendes i forhold til at opstille en prædiktionsmodel til patientinformation og forbedringsmuligheder.

¹¹ ICHOM er en international organisation, der arbejder for etablering af et internationalt standard-sæt af effektmål for en række sygdomme, på baggrund af konceptet om Value-Based Health Care

Af den projektbeskrivelse der blev udarbejdet i forbindelse med udbuddet fremgår, målene med at udarbejdede det nye styringssystem/de nye datamodeller, der understøtter den værdibaserede styring, som:

- At bidrage til at fjerne spild og overflødig aktivitet.
- Større livskvalitet for de behandlede patienter.
- Frigøre ressourcer til at behandle flere patienter, dvs. at imødekomme den generelt stigende efterspørgsel.
- At bidrage til en systematisk opfølgning på klinisk kvalitet og patientnære mål og ressourceforbrug, for at afdække uforklarlig variation og dermed potentiale for bedre resultater og mere omkostningseffektiv drift.

Ydermere fremgår det af samme kilde at det er et centralt mål at følge op på de mål, der har størst betydning for patienterne når man spørger dem selv (PRO-data). Det understreges, at der er forskelle på patienter og patientgrupper, men at der typisk er mål der er fælles for en udvalgt patientgruppe. F.eks. overlevelse, varig virkning af behandling, så få smerter og bivirkninger som muligt, så god funktionsevne og livskvalitet som muligt m.v.

4.2.2.2.1 Opsamling

Bedømt ud fra de skriftlige kilder der eksisterer om opbygningen af datadrevne styringsværktøjer til at understøtte den værdibaserede styring, har regionerne lagt sig tæt op ad tankerne og intentionerne i Michael S. Portes Value-Based Health Care model.

Samtidigt må det også konkluderes at regionerne, set ud fra PA-perspektiv, er i gang med at opbygge et værktøj der gør det muligt for principal og agent at styre efter samme mål. Dels sikrer de nye værktøjer, at der i høj grad kan styres efter outcome-mål fremfor aktivitetsmål, og dels investerer regionerne i værktøjer der i princippet minimerer informations asymmetrien mellem principal og agent.

At minimere informationsasymmetrien, jf. ovenfor, er ikke det samme som at afskaffe den. Agenten vil stadig have viden om det daglige arbejde, som principalen ikke har, samt mulighed for at vride de informationer der går videre til principalen, men ved både at opstille mål der er af fælles interesse at styre efter, og mindske informationsasymmetrien øges muligheden for at principal og agent har sammenfaldende interesser og mål. Det er netop intentionen, med det projekt regionerne arbejder med, at lave en systematisk opfølgning på patientnære outcome-mål og give generel adgang til disse data.

4.2.2.3 Afregningsmodeller i projekt værdibaseret styring

I arbejdsrapporten "Beskrivelse af afregningsmodeller til at understøtte værdibaseret styring" gennemgås en række afregningsmodeller, der menes at understøtte værdibaseret styring. Der ses i arbejdsrapporten på fordele og ulemper ved forskellige modeller, sammenholdt med de udfordringer der søges løst indenfor forskellige behandlingsområder.

Arbejdsrapporten tager sit udgangspunkt i incitamentsudvalgets rapport fra 2013, hvor det fremhæves, at der er behov for styringsmodeller, der:

- Fremmer sammenhæng på tværs af sektorer.
- Understøtter kvalitetsudvikling
- Ligger mindre vægt på aktivitet.
- Belønner omkostningseffektiv adfærd (Danske Regioner et al., 2013).

I arbejdsrapporten fremhæves det, at en værdibaseret afregningsmodel skal understøtte kvalitet, sammenhæng og omkostningseffektivitet og der opstilles videre en række krav, til hvordan en sådan model skal være indrettet:

- Gennemskuelighed.

- Belønne kvalitet.
- Styrbar for det kliniske personale
- Løbende og meningsfuld opfølgning
- Hensyn til selektion af patientgrupper
- Anvende synlige og valide data til opstilling af baseline og løbende evaluering
- Prospektive regler for risiko og overskudsdeling.
(Arbejdsgruppen for økonomi, 2017, s.4-5).

4.2.2.3.1 Modeltyper

Som relevante afregningsmodeller nævnes der følgende i arbejdsrapporten:

1. Fee-for-Service – Betaling pr. ydelse.
2. DRG-baseret afregning.
3. Capitation.
4. Rammebudget.
5. Pay-for-Performance (P4P) – Betaling for præstation.
6. Bundled Payments – Forløbsafregning.
7. Population-Based Payment – Populationsbaseret betaling.

Fælles for de fire førstnævnte afregningsmodeller, er at de ikke har indbyggede incitamenter til at fremme kvalitets og omkostningseffektivitet. Derfor har man i de seneste år arbejdet med de tre nederste modeller, der netop er designet til at fremme kvalitet- og omkostningseffektivitet.

Pay-for-Performance modellen er således en typisk "ad on" til en af de øvrige betalingsmodeller, f.eks. for at fremme koordinering eller bestemte kvalitetsmål.

Bundled Payments modellen honorere for samlede patientforløb, f.eks. på tværs af sygehusafdelinger, eller sektorer - sygehus, praksissektor og kommune. Bundle Payments med fokus på outcome, er således velegnet til at reducere omkostninger og øge kvalitet over et samlet patientforløb, ved at medvirke til at unødvendige og tidsrøvende aktiviteter bortskæres.

Population-Based Payment modellen afregner for behandling af en hel population, der er defineret ud fra aldersfordeling, socioøkonomiske vilkår, sundhedstilstand osv. Således de forventede omkostninger allerede er udregnet. (Arbejdsgruppen for økonomi, 2017, s.7-9).

Det er fremhævet i arbejdsrapporten og i incitamentsudvalgets rapport, at alle modellerne har deres styrker og svagheder, og at der derfor ikke findes en perfekt model. Arbejdsgruppen fremhæver derfor at det er hensigtsmæssigt at anvende forskellige afregningsmodeller på forskellige behandlingsområder, alt efter hvilke udfordringer der er. Nedenstående model gennemgår hvilke incitamenter de forskellige modeller kan siges at understøtte:

Tabel 4.1

Afregningsmodeller og deres incitamentsvirkninger					
	Incitament til at øge:				
	aktivitet	produktivitet	kvalitet	Omkostnings-effektivitet	Tværasektoriel sammenhæng
Betaling pr. ydelse	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej
Taksstyring (pr. DRG-aktivitet)	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej
Capitation (pr. Hoved)	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej
Rammebudget	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej
Betaling for præstation	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja
Populationsbaseret afregning	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej
Forløbsafregning med outcome opfølgning	ja	Nej	Ja	Ja	Ja

Kilde: Egen opsummering på baggrund af (Arbejdsgruppen for økonomi, 2017)

4.2.2.3.2 Anbefalede modelvalg, til fire udvalgte behandlingsområder.

Arbejdsrapporten kommer med en række anbefalinger til afregningsmodeller på 4 forskellige behandlingsområder, henholdsvis:

- Kroniske.
- Elektive.
- Akutte.
- Højt specialiserede.

Det er formålet at afregningsmodellerne på de fire områder skal understøtte, kvalitet, aktivitet (moderat), omkostningseffektivitet og sammenhæng på tværs af sektorer. Arbejdsrapporten kommer imidlertid kun med konkrete afregningsmodells forslag til kroniske, elektive og højt specialiserede behandlinger, hvilke vil blive præsenteret i følgende.

Modelvalg til kroniske sygdomme

Til Kronikerområdet når arbejdsgruppen frem til, at det vil være mest hensigtsmæssigt at udvikle en Population-Based Payment model, suppleret med Pay-for-Performance, da modellen skal tage hensyn til at kroniske patienter både modtager behandling på sygehus, i praksissektor og i kommune.

Den populationsbaserede model stiller en samlet sum til rådighed for behandling af en defineret population. Det antages dog, at der stadig er behov for at hver sektor modtager selvstændige budgetter. Pay-for-Performancedelen, skal sikre at de enkelte aktører ikke skubber opgaven og udgiften videre til de andre, derudover skal den også sikre opfyldelse af en række kvalitets og effektmål.

Arbejdsgruppen anbefaler populationsmodellen fordi den vil tilskynde til at patienterne har færrest mulige kontakter i både sygehussektoren og praksissektoren. I stedet skal patienterne gøres i stand til at leve med kroniske sygdomme og motiveres til lave forebyggende behandlinger og aktiviteter som undgår at behandling på sygehus og i praksissektor bliver nødvendig.

For at den populationsbaserede afregning skal kunne fungere kræves det dog, at der findes gode data til at afdække patientsammensætningen, mhp. på at kunne opstille sociodemografisk indikatorer. Derudover skal hver behandler kende sin population helt præcist, for at kunne varetage et populationsansvar. Det sidste krav referer også til at det foreslås i arbejdsrapporten, at der i tilknytning til arbejdet med den nye styringsmodel på området flyttes opgaver fra sygehussektoren til praksissektoren (Arbejdsgruppen for økonomi, 2017, s.13-15).

Ud fra PA-perspektivet betyder det, at agenten vil have et incitament til at have så få kontakter som muligt med den enkelte patient, og at de enkelte kontakter har så lave omkostninger som muligt – lavest effektive niveau – da agenten modtager en samlet betaling for behandling af hele populationen. Kombineres princippet om populationsbetalingen med en bonus ordning for at indfri bestemte kvalitets- eller outcome-mål (performance mål), vil agenten samtidig have incitamenter til at sikre en vis kvalitet af behandlingerne, hvilket alt andet lige er til fordel for patienten. Der kan imidlertid også opstå incitamenter til at agenten kun vil performe inden for de opstillede mål, hvorfor disse skal defineres med omhu.

Modelvalg til elektiv behandling (ortopædkirurgi)

Til det elektive behandlingsområde anbefaler arbejdsgruppen at der udvikles en Bundled Payment model, med forskellige dækningsgrader – for at mindske risiko for indikationsskred –, suppleret af Pay-for-Performance elementer, der skal fungere som bonus eller straf i forhold til opnåelse af effektmålene.

Bundled Payment modellen er valgt, da det elektive område er kendetegnet ved tidsbegrænsede forløb, der nemt kan defineres. De differentierede dækningsgrader skal udregnes i forhold til patientens risikoprofil, for derigennem at mindske risikoen for at der opstår et indikationsskred. Ligeledes skal der sikres en balance imellem honoreringen af operative og genoptræningsbehandlinger, for at fjerne økonomiske incitamenter til at vælge den ene behandling frem for den anden.

Forudsætningen for at arbejde med differentierede dækningsgrader er at der er fuld gennemskuelse vedr. eksisterende omkostningsniveauer, således at alternativomkostninger er kendte for agenterne. En forløbstakst giver imidlertid alene incitament til at reducere antallet af ydelser i forløbene, og kan i værste fald skabe incitament til at skære nødvendige ydelser fra. Dette tænkes løst ved at afsætte puljer til "Pay-for-Performance" belønninger. Eksempelvis kunne der udløses en bonus, hvis en patient et år efter endt behandling scorer højere på de opfølgende PRO-spørgsmål om f.eks. smerte og livskvalitet end prædiktionsmodellen forudsagde. Ligeledes vil der kunne udløses bonus, hvis efterfølgende komplikationer undgås, f.eks. antallet af blodpropper og sygehuserhvervede infektioner. Endeligt vil der i tilknytning til den elektive ortopædkirurgi kunne operettes præstationsbelønninger i det omfang de praktiserende læger henviser rigtigt (Arbejdsgruppen for økonomi, 2017, s.16-19).

Modelvalg til højt specialiseret behandling.

Arbejdsgruppen anbefaler at afregningsmodellen til højt specialiserede behandlinger skal være en sammensætning af et rammebudget, kombineret med Bundle Payment og Pay-for-Performance.

En stor del af dem der modtager højt specialiserede behandling er akutte patienter, derfor vurderes det nødvendigt, at der er et rammebudget. Rammebudgetet kan give incitament til at skubbe patienterne videre til andre afdelinger, dette er dog ikke en mulighed så længe patienterne har behov for højt specialiseret behandling. Samtidig kan Bundle Payment være med til at sikre et fokus på sekundær forebyggelse, samarbejde med andre afdelinger og sektorer samt omkostningskontrol. Sidst kan Pay for Performance være med til at sikre, at der indfris på effektmålene (Arbejdsgruppen for økonomi, 2017, s.24-25).

De 3 elementer i afregningsmodellen for højt specialiserede behandlinger, tager udgangspunkt i de forskellige hensyn der skal overvejes når principlen afregner agenten. Der er behov for et fast betalingselement, formentligt kombineret med krav til bemanning osv., for at agenten kan holde et beredskab til at behandle et ikke helt forudsigeligt antal akutte patienter. Samtidig skal der igennem Bundle Payment sikres et incitament til at patienten ikke beholdes på den højt specialiserede afdeling længere end højst nødvendigt, men hurtigt sendes videre til et lavere effektivt niveau – det er her centralt at alle de forskellige agenter i forløbet får del i et evt. overskud af forløbstaksten. Der ud over skal betaling for indfrielse af performancemålene sikre, at agenterne stadig leverer den kvalitet principlen ønsker, dog ikke i et omfang så der kun styres efter af indfri de mål der belønnes for.

4.2.2.3.3 Opsamling

Arbejdsgruppen arbejder efter den dagsorden, som også incitamentsudvalget var inde på i 2013, at der ikke findes en enkelt type model der understøtter den værdibaserede styring.

Det er således ikke muligt at udvikle sammensætningen af modelementer til en "one size fits all" model der kan bruges på alle behandlingsområder pga. forskellige organisering, arbejdsopgaver, patientforudsætninger m.v., som betyder at de afregningsmodeller henholdsvis skal stimulere og hæmme forskellige adfærd alt efter behandlingsområde.

De modeller som arbejdsgruppen peger på understøtter alle, i større eller mindre grad, styring efter outcome. Men indeholder også incitamenter der understøtter en omkostningseffektiv adfærd, både i forhold til teknisk effektivitet, dvs. at anvendes færre delaktiviteter, men også i form af behandlingerne foretages på det laveste effektive omkostningsniveau.

Set i PA-perspektiv understøtter afregningsmodellerne de værdibaserede styringsmodeller, som regionerne arbejder med, som fokuserer på effektiviteten af den samlede indsats, dvs. patientnære og faglige outcome sammenholdt med ressourceforbrug/omkostninger. Virkningen går begge veje, det er ikke kun afregningsmodellerne der understøtter den værdibaserede styring, men de kraftige datamodeller, skal også give både principler og agenter i systemet mulighed for at have et relativt godt overblik, således at der handles i overensstemmelse med forudsætningerne. Hvis informationssymmetrien ikke kan reduceres, vil andre problemer med spild og unødvendige indsatser dukke op på nye måder i systemet.

4.2.3 Kvalitative interviews om den værdibaserede styring

Med udgangspunkt i specialets interviews vil det i følgende søges undersøgt, hvordan specialets informanter opfatter værdibaseret styring, hvilke elementer de mener styring indeholder, samt hvilke forventninger de har til denne styringsform.

Det fremgår tydeligt af specialets interviews, at der er et udbredt kendskab til kerne elementerne i værdibaseret styring, og at dette er noget der diskuteres levende i regionerne. Det er imidlertid kun 3 af specialets informanter, der havde en direkte berøring med arbejdet med værdibaseret styring, da interviewene blev foretaget. To af dem sidder i hver sin region i en af de i alt fem afdelinger, der er udpeget som forsøgsafdelinger, jf. afsnit 4.2.2. Den tredje sidder i den afdeling af Danske Regioner (regionernes interesseorganisation), som på vegne af regionerne koordinerer arbejdet med den værdibaserede styring.

De klare holdninger, og gode citater, i forhold til værdibaseret styring stammer derfor meget naturligt fra disse 3 informanter, henholdsvis A1, B1 og C1. Specialets øvrige informanter inddrages imidlertid også hvor det giver mening.

En enkelt af specialets informanter, B4, syntes imidlertid at mene, at værdibaseret styring ikke giver større anledning til forandringer i forhold til den eksisterende styring, hvorimod specialets øvrige informanter giver udtryk for forventninger om en positiv forandring.

Specialets informanter er i interviewe alle blevet spurgt indtil, hvad de forstår ved værdibaseret styring og hvilke elementer de mener denne indeholder. Nedenstående model opsummerer de identificerede elementer og vil fungere som struktur for følgende analyse af besvarelsene.

Tabel 4.2

Identificerede elementer i værdibaseret styring	
Værdibaserede elementer	Informanter
Øget patientfokus.	Alle
Rammefinansiering.	A1, B1
Patientforløb.	Alle
PRO-data	Alle
Prædiktionsmodel.	A1, C1
Værdibaserede afregningsmodeller.	Alle

(Kilde: Egenproduktion).

Følgende analyse af informanternes holdninger og synspunkter i forhold til værdibaseret styring vil blive foretaget ud fra specialets PA-perspektiv.

4.2.3.1 Øget patientfokus

Der er blandt specialets informanter enighed om, at et af hovedformålene med værdibaseret styring er at skabe et større fokus på patienten. Mange af informanterne opfatter således et øget patientfokus som den mest effektive måde, til at sikre en høj kvalitet, og samtidig forudsætningen for på længere sigt at kunne effektivisere og reducere sundhedsvæsenet omkostninger.

Der kan overordnet identificeres 2 rationaler, når informanterne fremhæver fordelene ved at øge patientfokus:

1. Ressourcerne vil blive anvendt mest fokuseret og effektivt, hvis der fokuseres på de behandlinger der gavner patienten mest muligt, frem for at fokusere på dem der generere mest aktivitet.
2. Det er ud fra et fagprofessionelt synspunkt det mest etisk korrekte at fokusere på at give patienten den behandling der skaber mest værdi.

I forhold til det første rationale forklarer C1: " *det at skabe værdi for patienten, det giver øget effektivitet indenfor sundhedsvæsenet, fordi man får færre komplikationer man skal håndtere, og dermed kan man jo fokusere mere på at få flere patienter igennem på den rigtige behandling første gang* (Bilag.6 s.14)".

B1 er af samme opfattelse, og uddyber: " (...) *vi kan tilrettelægge vores patientforløb, og den understøttende organisering, på en ny måde, der gør at vi både kan indfri ønsket om at være omkostningsbevidste, men også ønsket om at kunne levere mere kvalitet, og særligt kvalitet der giver værdi for patienten* (...) (Bilag.2 s.6)"

A1 forklarer at et af hovedformålene med det værdibaserede projekt er, at " (...) *der er behov for at patienten skal komme mere i centrum, og man vil jo så gerne flytte det her fokus fra produktivitet og aktivitet, og hen imod at måle på effekt – altså patient nære resultater "hvad får patienten rent faktisk ud af behandlingen" – og når du så ved det, så skal du så indrette sundhedsvæsenet derefter* (bilag.1 s.2)".

I forhold til det andet rationale forklarer B3: " (...) *det der er det positive, (...) det er at vi får vendt den her ensidige fokusering på aktivitet, produktion osv. Det vi rent faktisk får vendt, det er fra en personnummer-tankegang eller en produktionsterminologi får vi vendt det til et CPR, en person, "et menneske" tankegang* (...) og at det handler rent faktisk om patienten". (Bilag.4 s.7)" og fortsætter " (...) *hvis du kigger på den måde at vi arbejder med patienten i*

SKOLEN FOR STATSKUNDSKAB

centrum, så er det netop for at italesætte vigtigheden i at få arbejdet med patienterne og patienten, og at patienten får den hurtigste, bedste diagnostik, behandling, omsorg vil jeg personligt sige, således at vedkommende kan komme ud og blive agent i sit eget liv igen (...) (Bilag.4 s.8)”

Set ud fra styringsperspektivet vil det være en gevinst for principalen, hvis agenten målretter sine ressourcer til at skabe gode patienter forløb, så længe det kan dokumenteres at de anvendte ressourcer også skaber værdi for patienten. Det vil imidlertid ikke være en gevinst for principalen, hvis agenten opfatter det som at; ”nu skal patienterne have den bedste behandling koste hvad det vil”, da kan resultere i, at der anvendes flere ressourcer på patientforløbene end der er lagt op til, og at ydelserne således ikke leveres på det laveste effektive omkostningsniveau.

4.2.3.2 Rammefinansiering

Som det fremgår af afsnit 4.2.2.3 er nye afregningsmodeller en væsentlig del af arbejdet med værdibaseret styring. 2 af informanterne giver i deres besvarelser udtryk for at de finder det positivt, at man efter deres opfattelse fortsat vil afregne efter en rammefinansieringsmodel i den nye styring, dvs. stille et beløb til rådighed som opgaven skal udføres indenfor.

I PA-teoriens optik er rammefinansiering en afregningsmodel, der giver meget få styringssignaler fra principalen til agenten. Når der kigges nærmere på de 2 informanters udsagn, bliver det imidlertid klart, at der tales om rammefinansiering på 2 forskellige niveauer, henholdsvis stat til region, og region til sygehus.

I forhold til styringsrelationen mellem stat og region, forklarer A1 *”Tanken med rammestyring, eller populationsbaseret finansiering som man også kalder det, det er at man laver en vurdering ud fra en befolkning der er i et område, og siger; ok hvor omkostningstung er den her populations sammensætning, ud fra det får du så et rammebudget – en posepenge – og så afgøre du egentligt selv hvordan du bruger pengene mest hensigtsmæssigt (bilag.1 s.5)”*. Der ligger 2 implicite forhold i A1’s udsagn, for det først at der i forbindelse med statens rammefinansiering af regionerne ikke længere stilles et årligt produktivitetskrav, og for det andet at der ikke ligger DRG-aktivitetsopgørelse bag afregningen.

I forhold til PA-relationen mellem regionerne og sygehusene, og/eller mellem sygehuse og afdelinger, referer B1 til projektet med værdibaseret styring, der er påbegyndt i regionerne *”det projekt vi har her på Rigshospitalets hjertecenter, hvor vi fra og med 2017, 18 og 19 bliver fritaget fra den regionale takststyringsmodel og sådan set er rammefinansieret ligesom det er tilfældet med de andre projekter og vi så prøver at kigge på, om vi kan tilrettelægge vores patient forløb og den understøttende organisering på en ny måde, der gør at vi sådan set både kan indfri ønsket om at være omkostningsbevidste, men sådan set også ønsket om at kunne levere mere kvalitet og særligt kvalitet der giver værdi for patienten (bilag.1 s.6)”*.

Begge informanter giver udtryk for at de mener det er godt at principalen i forbindelse med finansiering af agentens aktiviteter ikke opstiller særlige krav eller incitamenter, ud fra den overbevisning at agenten vil finde de bedste løsninger når ressourcerne er tilstede. Dette kan næsten lyde som en gammeldags fagprofessionel styringsmodel fra tiden før new public management, hvor fagprofessionelle stod for den faglige styring og ledelse begrundet deres faglige professionalisme. Som det fremgår af afsnittene 4.2.2.2 og 4.2.2.3 er det imidlertid heller ikke tilfælde, rammefinansiering vil således ikke skulle stå alene, men vil blive suppleret af andre styringsinstrumenter.

4.2.3.3 Sammenhængende patientforløb

Som det fremgår af afsnit 4.2.2.2 vil der i forbindelse med udarbejdelsen af værdibaseret styring blive etableret bedre viden om patientforløb, der skal anvendes som støtte til tilrettelæggelse af bedre forløb for patienterne, ud fra forskellige patientkarakteristika. Det fremgår ligeledes af afsnit 4.2.2.3, at disse patientforløb også skal anvendes i forbindelse med de afregningsmodeller der arbejdes på, og dermed medvirke til at finansieringen understøtter at patienterne vil modtage de forløb der giver størst værdi.

C1 udtrykker stor opbakning til arbejdet med at definere patientforløb ” *Du kan ikke skabe værdi for en patient, og måle på det, uden at du har særdeles veldefineret patientforløb. Så du skal have defineret dine patientforløb rigtig godt med alle parametre (Bilag.6 s.12)*”.

A1 har ligeledes et positivt syn på arbejdet med patientforløb ” *Når man har fået indsigt i værdi for patienten, over et helt patientforløb, og omkostningerne over hele værdi patientforløbet, så kan man så begynde at synliggøre potentialer for at effektivisere, eller du kan også synliggøre hvem der gør det bedst og derved udbrede de gode resultater, eller synliggøre hvem der klarer det mindre godt, der så kan gå i dialog med dem der klarer det rigtig godt for at gøre det bedre (Bilag.1 s.9)*”.

Informanterne har således store forventninger til udbredelsen af definerede patientforløb som informationsredskab, fordi det kan give dem et overblik over hvordan specifikke behandlinger og forløb kan påvirke forskellige patientgrupper. Ud fra et PA-perspektiv er der således tale om et redskab der kan hjælpe principalen til at sikre at principalen og agentens målsætninger forenes, og derigennem sikre en høj fælles målopfyldelse.

B1 mener at sammenhængene patientforløb kun kan lykkes fuldt ud, hvis det understøttes strukturelt, eksempelvis med en afregningsmodel: ” *For mig at se er det vanskeligt at se for sig at vi kommer helt til at kunne levere på den del [Red. sammenhængende patientforløb], uden også at skulle kigge på de strukturelle elementer der ligger i det, (...) de 3 sektorer har traditionelt haft rigtig svært ved at tale med hinanden, uagtet at man har lavet alle mulige greb med sundhedsaftaler og så videre, så ligger der jo nogle kæmpe udfordringer der, som jeg tror der langt hen af vejen egentligt kun er et strukturelt svar på, altså en eller anden form for fælles økonomi eller fælles ledelsesmæssigt ansvar på tværs (Bilag.2 s.10)*”.

Det B1 referer til med udsagnet ” *en eller anden form for fælles økonomi eller fælles ledelsesmæssigt ansvar på tværs*”, i det ovenstående citat, kan i specialets optik forstås, dels som de tanker Porter har givet udtryk for i sit indsatspunkt ”system integration”, dvs. at patientforløbenes sammenhæng på tværs af sektorerne ”alignes”, og dels at der tænkes i fælles finansiering på tværs af disse sektorer. I afsnit 4.2.2.3.1, Modeltyper, blev denne mulighed omtalt. Af afsnittet fremgår det, at arbejdsgruppen foreslår, at der på det kronisk behandlingsområde, med fordel kan stilles en populationsbaseret ramme til rådighed på tværs af områderne, som suppleres med Pay-for-Performance, samt en overskudsdeling blandt de involverede agenter. Dvs. hvis agenterne på tværs af områderne/sektorerne samlet set kan behandle en patienten billigere end den forudberegnete forløbstakst, så kan de dele overskuddet.

At styre efter sammenhængene patientforløb med tilhørende outcome-mål, kræver i et PA-perspektiv, at styringsmodellen understøttes af en passende afregningsmodel der giver det rette incitament til at udføre de nødvendige handlinger og aktiviteter.

4.2.3.4 PRO-Data¹²

Indsamlingen og bearbejdningen af Pro-data er en relativt stor del af arbejdet med værdibaseret styring, og er overordnet set det element, der sammen med en generelfokus ændring i sundhedsvæsenet, skal bidrage til at sætte patienten i centrum.

C1, som er formand for en arbejdsgruppe under projekt værdibaseret styring, er således yderst tilfreds med udsigten til at skal arbejde med PRO-data: ” *Det nye er så heldigvis, set med mine øjne, at de nu er begyndt på at kigge på PRO-data, Patient Reported Outcome, og der er nedsat en gruppe under Danske Regioner (Bilag.6 s.8)*”.

¹² PRO-data (Patient Reported Outcome Data) er data om patientens helbredstilstand, herunder fysiske og mentale helbred, symptomer, helbredsrelateret livskvalitet og funktionsniveau, som rapporteres direkte af patienten.

Flere af informanterne peger på at indsamlingen og brugen af PRO-data er en vital forudsætning for at kunne lykkes med at skabe en værdibaseret styringsmodel.

A1 kobler arbejdet med PRO-data og udarbejdelsen af patientforløb, der giver mere værdi for patienten: *”Det er jo en del af projektet, at man netop skal bruge PRO-data, den her tankegang, med at man skal have langt større indsigt i hvad patientens behov er. Man skal have meget større fokus på at skabe sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer (...) (Bilag.1 s.7)”*.

PRO-data skal ses i sammenhæng med sammenhængende patientforløb, styring på patientnære outcome-mål og prædiktionsmodellen.

4.2.3.5 Prædiktionsmodellen.

Prædiktionsmodeller tegner til at blive et nyt og spændende redskab, der kan understøtte lægerne i planlægningen af patientforløb. Prædiktionsmodellen skal bl.a. baseres på erfaringer fra tidligere patientforløb – herunder outcomes – og på PRO-data. Beskrivelsen af disse forløb, er det der ovenfor, er omtalt som sammenhængende patientforløb.

Prædiktionsmodellen skal således kunne forudsige forskellige outcomes, på baggrund af PRO-data og detaljerede case-mix opdelt patientforløb.

A1 fortæller i sit interview, at *” (...) i Nordjylland er de faktisk i gang – på hofte- knæ – med at lave en decideret prædiktionsmodel. De andre er ikke nået helt så lang, altså med sådan noget casemix justering, hvor du sådan siger ”hvilke kendetegn har den her patient og hvilke udfald kan vi forvente, når han har den her sammensætning af kendetegn (Bilag.1 s.3)”*.

C1 der leder det nordjyske projekt, som A1 henviser til, forklarer om projektet, at: *”I vores projekt der bruger vi allerede nu, der er vi ved at lave en algoritme for de her PRO-data som vi får ind fra patienterne nu til en prædiktionsmodel. Og prædiktionsmodellen går jo netop på at vi har kigget på alle risikofaktorer, vi har kigget på alle outcomes, og så er vi ved at sammensætte via KMD¹³ en computerstyring af de data, således at når patienten kommer fra patientkiosken hvor de har indtastet deres PRO-data, og inden de kommer over til mig over i ambulatoriet, som er 2 minutters gang, så har den dykket ned i alle databaser som der overhovedet findes på den her patient og lavet en prædiktionsmodel for den her patient. (Bilag.6 s.11)*

Prædiktionsmodellen er, set ud fra et PA- perspektiv en model der kan øge både principalens og agentens viden om, hvad der skal til for at skabe størst mulig værdi for patienten af den behandling denne får. Begge parter får dermed indsigt i hvad de rette outcome-mål er. Forudsætningerne er derfor tilstede for, alt andet lige, at der med høj værdi og omkostningseffektivitet kan styres efter en outcome-baseret kontrakt.

4.2.3.6 Værdibaserede afregningsmodeller

Arbejdet og forventningerne til værdibaserede afregningsmodeller fylder en del i informanternes besvarelser, da det netop er dette element der skal gå ind og erstatte den de gamle afregningsmodeller, dvs. aktivitetsbaseret afregning kombineret med det årlige produktivitetskrav på 2%.

I forhold til visionerne for værdibaserede afregningsmodeller fortæller A1, at: *”når det kommer til værdibaseret afregningsmodeller, så ligger vi op til at vi skal have flere af dem og at de mest skal bruges imellem regioner og hospital og ikke mellem regioner og stat. Og så skal man jo så udvikle nogle afregningsmodeller der passer til de*

¹³ IT virksomhed.

SKOLEN FOR STATSKUNDSKAB

konkrete behandlingsområder, der kan være forskel på den afregningsmodel for kronikere, du laver på akutte f.eks., der er forskellige behov rent fagligt og også rent økonomistyringsmæssigt, afregningsmodellerne skal afspejle den virkelighed" (Bilag.1 s.4)

C1, der leder en sygehusafdeling og direkte er involveret i udviklingen af den værdibaserede styring, fortæller om det der pt. arbejdes med i det pilotprojekt han deltager i: " Det vi så har sagt indtil videre, det er at vi tager *Bundlet Payment* i øjeblikket, fordi vi simpelthen er nødt at gøre det simpelt, så vi tager som blok og ser hvordan det går, og så betaler du for det. Kan du gå hen og lave den ultimative, som jeg også startede med at sige, *Pay-for-Performance*, så går du ned på individniveau, og så kan du simpelthen dele individets behandlinger op i enkeltelementer, og så må sige at du betaler for hver enkelt del op igennem" (Bilag.6 s.20)

B1 peger, ligesom A1, på at ikke kun en, men flere modeller vil afløse den nuværende aktivitetsbaserede afregningsmodel og det årlige produktivitetsskrav: "Jeg tror man må have et mere differentieret blik på hvilke styringsmodeller, også økonomiske styringsmodeller man bruger forskellige steder i vores sygehusvæsen, og der er der altså forskel på om man er på ortopædkirurgisk afdeling, om man er på en fødeafdeling, om man er på en fælles akutmodtagelse eller om man er på en tung medicinsk afdeling og der må man arbejde med forskellige former for økonomimodeller, alt fra *pay-for-performance* over til *captations* og *bundled-care*. Så det tror jeg bliver fremtiden med en langt mere differentieret måde at se økonomien i sygehusvæsenet på (bilag.2 s.11)

De tre informanter peger alle på, at flere og forskellige afregningsmodeller vil være nødvendig som led i den værdibaserede styring. Hvilket svare til de overvejelser som arbejdsgruppen for afregningsmodeller, gør sig, jf. afsnit 4.2.2.3 om afregningsmodeller.

4.2.3.7 Forbehold

Der synes generelt at være en stor opbakning til tankerne bag værdibaseret styring, som A1, B1 og C1, har arbejdet med siden 2016 i tilknytning til projekt værdibaseret styring.

På trods af den generelle opbakning har såvel de tre nævnte informanter, som de øvrige informanter, dog også forbehold eller bekymringer i forhold til den værdibaserede.

B1 mener f.eks. at man skal være varsom med, at bruge *pay-for-performance*: " jeg tænker det der med *pay-for-performance* skal man være varsom med, og man skal starte med at arbejde med det i en meget lille skala, og man skal følge tæt hvad man får ud af det, og hvordan det påvirker sektoren. Og så kan man selvfølgelig skalere det op, hvis det viser sig at være en rigtig god ide, men jeg mener også at der er nogle potentielt rigtig farlige elementer i *pay-for-performance*, alt afhængigt af hvordan man griber det an, som man skal være opmærksom på (Bilag 2 s.7)".

B1 advarer også mod at belønne for kvalitet "Der kan jeg personligt godt have en bekymring i forhold til at belønne kvalitet fordi at der, i hver fald i min optik, er en reel risiko, for at man får introduceret lige så perverse incitamenter på den måde, ligesom at man har ved at belønne aktivitet (Bilag 2 s.7)".

B1 forbehold skyldes at han frygter: "at man ubevidst i sundhedsvæsenet, vil begynde at have fokus på hvad det er for nogle patienter man behandler og det *case-mix* man tager ind, og at man i helt groteske eksempler kan forestille sig at *multimorbide* superkomplekse patienter vil få trange vilkår i vores sundhedsvæsen, fordi at de vil komme dårligere ud i en *outcome* indikator på kvalitetssiden, end den enkelte diagnoses super konkrete patient. Så derfor er der nogen ting man skal overveje rigtig meget, i forhold til den rene *Porterske* model (Bilag 2 s.7)".

B1 frygter således, at man "skimme" de patienter der giver de højeste performancemål. Hvilket kan sammenlignes med en situation hvor man aktivitetsafregning, gennemfører flere aktiviteter end der er nødvendigt for at få afregningen op på et vist niveau.

C2 er inde på de samme tanker som B1, han frygter også at bestemte patienter vil blive fravalgt: *"det er jo ikke bare at måle "prommer", så kommer der bare en helt masse andre ulemper ind. Men man må jo prøve at forfine systemener, nogle af de forslag eller projekter der er lavet i Stokholm kan man jo godt bruge nogle af resultaterne fra, altså hvor man jo har sagt; "vi tager 70% af de mest normale patienter og laver så noget, og så de sidste 30% der frembyder komplikationer eller hyppighed, større risiko for komplikationer, de står ude for regnskabet" for ellers så risikerer du jo bare at få en indsnævring af dine implikationer, fordi du kommer til at sende penge efter dem, hvis du laver komplikationer på dem og så bliver det ikke opereret, det det man ser i USA for øjeblikket med det der "bundled care". Der er en række patienter der bliver nægtet en - i øvrigt velindiceret - knæoperation, fordi at deres profil er forkert i forhold til komplikationer (Bilag.7 s.8)".*

Også B2 deler denne frygt med B1 og C2: *"det man .. skal passe på, når man indfører sådan et pay-for-performance system, det er jo at; hvem skal håndtere dem der ser ud til at være en dårlig forretning, altså hvem skal tage sig af patienten med mange problemer, som har dårlige egenomsorg, som har en betydelig komorbiditet? hvis ikke du gør et eller andet, så går det rigtigt galt for den her patient. Der vil jo være mange der vil sige; "nej det sgu en stinker han ødelægger min statistik, så får jeg en dårlig pay-for-performance, det må nogle andre tage sig af". Så du er jo nødt til også at være klar over der altså et kollektivt, en socialansvarlighed, som du skal leve op til i den her sammenhæng også, hvis du laver et rent pay-for-performance system. Vi kan alle sammen identificerer de 5%, hvor vi siger; "de her de er en stinker, der er alt for stor risiko for vi taber en masse på det her, det må nogle andre tage sig af. Jeg nøjes med at tage dem hvor der er value for money" (Bilag3. s.14)"*

Endeligt er også A1, inde på samme problemstilling, men i en mere generel form: *"vi ser som sagt afregning som en del af værdibaseret styring, hvor man måske skal gå lidt mere forsigtigt til værks fordi at økonomiske incitamenter virker og nogle gange virker de efter intentionerne og ofte virker de også mod intentionerne og har nogle perverse bivirkninger, som jeg siger og derfor skal man gå meget forsigtigt til værks med det, men vi sætter forsøg i gang med afregning også, og så ser vi om det virker eller ikke virker, og så tager vi stilling til, om vi udbreder det videre (Bilag 1, s.2 - 3).*

Informanterne giver således udtryk for, at den måde der afregnes på i den værdibaserede styring, i værste fald kan give anledning til de samme problemer, som der er i det aktivitetsbaserede system.

Forbeholdene må således tages som en advarsel om, at nissen flytter med, hvis man ikke får afstemt meget præcist hvad det er man gerne vil opnå, med hvordan man måler og belønner det. Først og fremmest kunne man tænke sig at prædiktionsmodellerne faktisk identificere patienterne med "super-komorbiditet" og tilrettelagde et "tungere forløb" til disse med en højere afregning, således at der ikke er et incitament til at undgå at behandle disse patienter. På samme måde kunne man forvente, at der i de outcomes der opstilles for patienterne, tages hensyn til patientens initialtilstand.

4.3 Delkonklusion

Ovenstående analyse har haft til formål at undersøge specialets anden hypotese, om at værdibaseret styring vil betyde at der kommer et større fokus på effekten af behandlinger, frem for kvantiteten, hvilket vil lede til en adfærd der i realiteten vil betyde mindre spild på de somatiske sygehuse, samt give incitamenter til at udvikle nye, bedre og mere omkostningseffektive behandlingsformer. På baggrund af analysen kan hypotesen bekræftes, hvis man skal tro på projekt materialet der er udarbejdet i forbindelse med værdibaseret styring, samt specialets informanternes besvarelser.

Det kan på baggrund af analysen udledes, at der i den værdibaserede styring overordnet vil blive styret efter mål der har værdi for patienten – patientnære outcome-mål. Agenten vil således blive målt på kvaliteten af behandlingerne, samt hvad der driver omkostningerne, og blive belønnet for at skabe gode resultater i forhold til dette. Der vil

således opstå en "alignment" af principalens og agentens målsætninger. Den værdibaserede styring er således udformet som det der i PA-perspektivet betegnes som en outcome-baseret kontrakt.

Samtidig vil den værdibaserede styring betyde en minimering af informationsasymmetrien mellem principalen og agenten, da der løbende vil blive fulgt tæt op på sammenhængene mellem patientdata, aktiviteter, omkostninger og behandlingernes outcome. Data som både principal og agent har adgang til. Et databaseret informationssystem skal samtidig løbende sikre et overblik for hvor og hvordan der kan forbedres på forskellige behandlinger. Dog pointerer specialets informanter, at det case-mix den løbende opfølgning baserer sig på ikke må blive for bredt, idet dette vil kunne lede til skimming af særligt tunge patienter, i forhold til behandlingstilbud.

Samtidig skal den værdibaserede styring, igennem differentierede afregningsmodeller, alt efter behandlingsområde, sikre incitamentet til løbende at forbedre behandlingerne, samt gøre dem mere omkostningseffektive.

Den værdibaserede styring synes således at være et adækvat svar på de problemer der er konstateret ved den nuværende aktivitetsbaserede styring af sundhedsvæsenet. Dog afhængigt af hvor gode og finmaskede de definerede patientforløb, der skal afregnes på baggrund af, bliver. Det kan således indvendes at for få og grove patientforløbskategorier, lige som tilfældet i forhold til case-mixen, vil have den effekt at de letteste patienter prioriteres da disse kan give det største overskud.

5. Diskussion og konklusion

I dette kapitel vil de to analyser i specialet, der vedrører henholdsvis den nuværende styring og den værdibaserede styring, blive sammenholdt og diskuteret, for derigennem at besvare specialets problemformulering; *"Hvilken udfordringer skaber den nuværende styringsmodel, i forhold til den bedst mulige udnyttelse af de knappe ressourcer der stilles til rådighed for det somatiske sygehusvæsen, og hvordan er det tænkt at værdibaseret styring skal være med til at løse disse udfordringer"*.

I specialets første analyse, hvor der blev set nærmere på problemerne ved den nuværende styring, blev det konkluderet, at der overordnet set var to elementer i den nuværende styring, der skabte udfordringer for sundhedsvæsenet, nemlig henholdsvis den aktivitetsbaserede styring og produktivitetskravet på 2 %.

På baggrund af de to elementer blev der identificeret en række uhensigtsmæssige incitamenter i den nuværende styring, bl.a. det forhold, at den bygger på en adfærdsbaseret kontrakt som betyder at principlen og agenten styrer efter forskellige målsætninger. Principlens målsætning er at sikre de bedste og mest omkostningseffektive behandlinger af patienterne, mens agentens målsætning er at gennemføre de aktiviteter, i den adfærdsbaserede kontrakt, som maksimerer hans egennytte.

Endvidere blev det konkluderet, at den adfærdsbaserede kontrakt, i kombination med den informationsasymmetri der er mellem principlen og agenten, gør det svært for principlen at kontrollere om den aktivitet agenten producerer, for at leve op til sine DRG-målsætninger, er omkostningseffektiv.

På baggrund af interview med specialets informanter kan det udledes:

1. At afdelinger der havde svært ved at leve op til aktivitetsmålene øgede produktionen af aktiviteter de selv kunne kontrollere, uden dette nødvendigvis afspejlede et reelt behov. Som eksempel herpå nævntes bl.a. at nogle afdelinger i enden af et budgetår rykkede deres ressourcer fra sengeafsnittende over til ambulatorierne, for at generere en mere aktivitet og leve op til deres kontraktmål.
2. At klinikker og afdelinger ansatte personale, i nogle tilfælde læger, til at gennemgå aktivitetsregistreringerne, og sikre at disse blev registreret til den højst mulige DRG-takst, i stedet for at bruge ressourcerne på behandling og patientkontakt.
3. At klinikker og afdelinger ikke var økonomisk pressede til at sikre kvaliteten af behandlingerne, i det at en genindlæggelse blot ville betyde endnu en takst, og derfor ikke gav incitament til at anvende ressourcerne optimalt, eksempelvis til nye behandlinger.

Sidst blev det gjort klart, at måden den nuværende kontraktstyring af agentens adfærd, ved fastsættelse af hvilke aktiviteter der afregnes for og hvor meget, i realiteten betyder en blokering af nye og innovative løsninger der kan lede til højere effektivitet af behandlingerne på afdelingsniveau, fordi der ikke nødvendigvis findes en takst til at kompensere omkostningerne.

I specialets anden analyse der vedrører den værdibaserede styring, og hvilke ønsker og forventninger der er knyttet til den styringsform, kunne det først og fremmest konkluderes at bevægelsen over til værdibaseret styring, ville betyde en ændring i den kontrakt der eksisterer mellem principlen og agenten, fra en adfærdsbaseret kontrakt over til en outcome-baseret kontrakt, således at fokus på agentens arbejde vil blive rykket fra at belønne på baggrund af aktivitet, til i stedet at belønne på baggrund af den patientoplevede kvalitet, kliniske kvalitet og at have fokus på hvad der driver omkostningerne.

En af hovedformålene med værdibaseret styring er således at minimere informationsasymmetrien mellem principlen og agenten, igennem en løbende og tæt opfølgning på sammenhængene mellem patientdata, aktiviteter, behandlingernes outcome og omkostninger, der skal være tilgængelig for både principlen og agenten. Samtidig er det meningen at det databaserede informationssystem, skal anvendes til at identificere hvor der kan skabes forbedringer i forhold til forskellige behandlinger. Specialets informanter har imidlertid det forbehold, at den case-mix den løbende opfølgning skal baseres på ikke må blive for bred, da dette kan skabe incitament til at "skimme" og behandle de lette patienter, fremfor de tunge patienter.

Det sidste trin i den værdibaserede styring er udviklingen af afregningsmodeller, der skaber incitamenter til at fokusere på kvalitet og værdien for patienten, men samtidig også giver incitamenter til at være mere omkostningseffektiv. Her er det bl.a. blevet foreslået i højere grad at binde betalingen op på hele patientforløbet og resultaterne heraf, via bl.a. bundle payment og pay-for-performance. Dog med den anerkendelse, at forskellige behandlingsområder bør have forskellige afregningsmodeller, alt efter hvad der giver mest mening i forhold til patientgrupperne.

Det kan altså på baggrund af resultaterne af de to analyser udledes, at den kontrakt der eksisterer mellem principlen og agenten i den nuværende styring skaber en række problemer, som vil kunne undgås ved at bruge en værdibaseret styringstilgang.

De utilsigtede konsekvenser af den aktivitetsbaserede styring er, at agenten og principlen arbejder med forskellige målsætninger, i kombination med informationsasymmetrien betyder, det at det er svært for principlen at kontrollere om agenten anvender sine bevilligede ressourcer mest omkostningseffektivt.

Den værdibaserede tilgang vil i stedet forsøge at forene principlens og agentens målsætninger, ved at belønne agenten for de samme resultater, som også principlen ønsker, i stedet for-aktivitet, og derigennem minimere informationsasymmetrien og sikre at agenten bliver belønnet for at skabe de bedst mulige outcomes for patienterne, på den mest omkostningseffektive måde.

En af forudsætningerne er at en outcome-baseret kontrakt, frem for en adfærdsbaseret kontrakt, vil fjerne agentens incitamenter til at suboptimere sin produktion inden for sit eget område, og i stedet skabe incitamenter til at fokusere på hvad der er mest omkostningseffektivt for hele patientforløbet.

Der er en forventning om, at en outcome-baseret kontrakt kan gøre incitamenterne til unødvendig aktivitet og forkerte registreringer mindre end de er nu, ved i så høj grad som muligt, at få principlen og agent til at styre efter samme mål. Der skabes imidlertid en række nye udfordringer der skal tages hensyn til, eksempelvis en forhøjet risiko for skimming af alle de lette patienter, for hvor det umiddelbart er nemmest at opnå en høj målindfrielse, frem for de tungere patienter der forventes at være mere ressourcekrævende. En vigtig forudsætning for den nye model er derfor solide og relativt detaljerede case-mixes, der tager højde for tyngden af forskellige patienter.

5.1 Konklusion

Specialets problemformulering ”Hvilken udfordringer skaber den nuværende styringsmodel, i forhold til den bedst mulige udnyttelse af de knappe ressourcer der stilles til rådighed for det somatiske sygehusvæsen, og hvordan er det tænkt at værdibaseret styring skal være med til at løse disse udfordringer” indeholder to overordnede problemer, henholdsvis ” Hvilken udfordringer skaber den nuværende styringsmodel, i forhold til den bedst mulige udnyttelse af de knappe ressourcer der stilles til rådighed for det somatiske sygehusvæsen” og hvordan er det tænkt at værdibaseret styring skal være med til at løse disse udfordringer”.

Det kan på baggrund af den første del af problemformuleringen konkluderes, at der i den nuværende styring af det somatiske sygehusvæsen skabes incitament til at producere unødvendige aktiviteter, der ikke nødvendigvis har nogen effekt på patientens sundhedstilstand, for at leve op til produktivitetskravet samt de aktivitetsmål der stilles regionen, sygehuset, klinikken eller afdelingen.

Samtidig er der også et incitament til at det er bestemte aktiviteter der skal produceres, grundet den aktivitetsbaserede afregning, hvilket besværliggøre udviklingen af nye og mere effektive behandlingsformer, da der ikke nødvendigvis afregnes for disse.

Det kan i forhold til den anden del af problemformuleringen konkluderes at det somatiske sygehusvæsen ved anvendelse af værdibaseret styring, vil forsøge at styrke omkostningseffektiviteten ved at fjerne incitamentet til at lave behandlinger der ikke har effekt på patientens sundhedstilstand, igennem populationsbaserede rammebudgetter og samlede betalinger for hele patientforløb. Denne tilgang vil samtidig give afdelingerne incitament til at blive mere omkostningseffektive, idet det vil betyde en større gevinst pr. forløb. Samtidig er ideen, at der på nogle behandlingsområder supplerende skal indføres Pay-for-Performance afregning, for at skabe incitament til at samarbejde over hele patientforløb om at sikre kvaliteten af behandlingerne. Kvaliteten af behandling vil blive bestemt ud fra et sæt kliniske mål, samt hvordan patienten selv oplever at have opnået en forbedret tilstand, pba. PRO-data indsamlet før og efter behandling.

6. Litteraturliste

Andersen, Lotte Bøgh., Serritzlew, Søren., Pallesen, Thomas., Jakobsen, Mads Leth Felsager., Jacobsen, Christian Bøtcher. (2017): *Økonomiske Incitamentter i den offentlige sektor*. Århus: Hans Reitzels Forlag

Arbejdsgruppen for økonomi, afregningsmodeller og data i projektet om værdibaseret styring (2016): *Beskrivelse af afregningsmodeller til understøttelse af værdibaseret styring*. Hillerød: Danske Regioner, Team Styring og Sammenhæng

Bendix, Henrik w., Digmann, Annemette, Jørgensen, Per, Pedersen, Kjeld Møller (2012): *Hospitalsledelse – Organisatorisk fænomen og faglig disciplin*. København: Gyldendal

Bergen, Mark., Dutta, Shantanu & Walker, Orville C. (1992): "Agency Relationships in marketing: A Review of the Implications and Applications of Agency and Related Theories". *Journal of Marketing*, Vol. 53, No. 3. S.1-24

Berlingske (31-01-2015): Alt for mange syge behandles for dårligt. Lokaliseret den 25-09-2017.
<https://www.b.dk/nationalt/alt-for-mange-syge-behandles-for-daarligt>

Bilde, Lone, Hansen, Anne Rytter, Søgaard, Jes (2010): *Økonomi og styring i sygehusvæsenet*. Dansk Sundhedsinstitut.

Brinkmann, Svend & Tanggaard, Lene (2010): a "Interview: Samtalen som forskningsmetode" i Brinkmann & Tanggaard (RED.). *Kvalitative Metoder – En grundbog*. Hans Reitzels Forlag. S.29-54

Brinkmann, Svend & Tanggaard, Lene (2010): b "Kvalitet i kvalitative studier" i Brinkmann & Tanggaard (RED.). *Kvalitative Metoder – En grundbog*. Hans Reitzels Forlag. S.489-500

Bryman, Alan (2012): *Social Research Methods*. Oxford University Press

Buch-Hansen, Hubert. & Nielsen, Peter (2014): *Kritisk Realisme*. Roskilde Universitetsforlag.

Bukh, Per Nikolaj (2005): *Controlleren*. København: Børsen

Buse, Torben (2015): *Bekendtgørelse om opgørelse og afregning af tilskud og bidrag til regionerne for 2016*. lokaliseret den 1.9.2015. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=174225>

Danske Regioner (2017): a. "Afslutningsrapport Workshopforløb i fase 1A."

Danske Regioner (2017b): b. "Bilag.1 Kravspecifikation"

Danske Regioner (2016): *Projektbeskrivelse - Bilag 1.A*

Danske Regioner, KL, Økonomi- og Indenrigsministeriet, & Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013): *Bedre incitamenter i sundhedsvæsenet.*

Danske Regioner (2015): *Danske Regioner – Økonomisk vejledning 2015.*

Den offentlige (27-06-2017): *Regeringen igangsætter styringseftersyn på sundhedsområdet.* Lokaliseret den 25-09-2017. <http://www.denoffentlige.dk/regeringen-igangsætter-styringseftersyn-paa-sundhedsomraadet>

Elklit, Jørgen & Jensen, Henrik (2012): "Kvalitative datakilder" i Andersen, Lotte Bøgh., Hansen, Kasper Møller & Klemmensen, Robert (RED.). *Metoder i Statskundskab.* Hans Reitzels forlag. S.117-143

Finansministeriet, Økonomi- og Erhvervsministeriet, & indenrigs og sundhedsministeriet (2003): *Takststyring på sygehusområdet.* København – Finansministeriet.

Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen & Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2006): *Takststyring i de nye regioner.* København.

Ft.dk (2016): *Forslag til folketingsbeslutning om afskaffelse af produktivitetskravet for sygehusene.* Lokaliseret den 25-09-2017. http://www.ft.dk/Rlpdf/samling/20161/afslutningsforslag/B89/20161_B89_som_fremsat.pdf

Grøn, Caroline Howard & Hansen, Hanne Foss (2011): "Organisationers indre liv i et normperspektiv" i Berg-Sørensen, Grøn & Hansen (RED.). *Organisering af den offentlige sektor.* Hans Reitzel forlag. S.45-74.

Harrits, Gitte Sommer., Pedersen, Carsten Strømbæk & Halkier, Bente (2012): "Indsamling af interviewdata" i Andersen, Hansen & Klemmensen, Robert (RED.). *Metoder i Statskundskab.* Hans Reitzels Forlag. S.144-172

Harvard Business school – Institute for Strategy and competitiveness (2017): a. "About Michael Porter". Lokaliseret 11.04.2017. <http://www.isc.hbs.edu/about-michael-porter/Pages/default.aspx>

Harvard Business school – Institute for Strategy and competitiveness (2017): b. “*Expand Excellent Services Across Geography*”. Lokaliseret 11.04.2017. <http://www.isc.hbs.edu/health-care/vbhcd/Pages/geographic-expansion.aspx>

Harvard Business school – Institute for Strategy and competitiveness (2017): c. “*Information Technology Platform*”. Lokaliseret 11.04.2017. <http://www.isc.hbs.edu/health-care/vbhcd/Pages/information-technology-platform.aspx>

Harvard Business school – Institute for Strategy and competitiveness (2017): d. “*Integrated Practice Units*”. Lokaliseret 11.04.2017. <http://www.isc.hbs.edu/health-care/vbhcd/Pages/integrated-practice-units.aspx>

Harvard Business school – Institute for Strategy and competitiveness (2017): e. “*Measure Outcomes & Costs for Every Patient*”. Lokaliseret 11.04.2017 <http://www.isc.hbs.edu/health-care/vbhcd/Pages/measuring-outcomes.aspx>

Harvard Business school – Institute for Strategy and competitiveness (2017): f. “*Measuring Costs*”. Lokaliseret 11.04.2017 <http://www.isc.hbs.edu/health-care/vbhcd/Pages/measuring-costs.aspx>

Harvard Business school – Institute for Strategy and competitiveness (2017): g. “*Move to Bundled Payments for care cycles*”. Lokaliseret 11.04.2017 <http://www.isc.hbs.edu/health-care/vbhcd/Pages/bundled-prices.aspx>

Harvard Business school – Institute for Strategy and competitiveness (2017): h. “*Systems Integration*”. Lokaliseret 11.04.2017 <http://www.isc.hbs.edu/health-care/vbhcd/Pages/systems-integration.aspx>

Harvard Business school – Institute for Strategy and competitiveness (2017): i. “*Value-Based Health Care Delivery*”. Lokaliseret 11.04.2017 <http://www.isc.hbs.edu/health-care/vbhcd/pages/default.aspx>

Højgaard, Betina, Trap Wolf, Rasmus & Bech, Michael (2016): *Alternative styrings og afregningsmodeller for sygehuse med afsæt i værdibaseret styring*. Kora.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2005): *Kommunalreformen – Kort fortalt*. København.

Ingemann, Jan Holm (2013): *Videnskabsteori – økonomi, politik og forvaltning*. Samfundslitteratur.

IVBAR (2015): *Value based steering and support system for Danish health care – Feasibility study – Full version*. Copenhagen

Jensen, Erling (2014): *Offentlig driftsøkonomi og økonomistyring*. Samfundslitteratur.

Jespersen, Jesper (2014): "*Kritisk Realisme – teori og praksis*" i Fuglsang og Olsen (RED.): Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne. Roskilde Universitetsforlag. S.145-178.

Jespersen, Peter Kragh (2006) "*Kontraktstyring i sygehuse*" i Per Nicolai Bukh & Steen Hildebrandt (red.): *Offentlig økonomistyring*. Børsen, Kap.6,5.

JydskeVestkysten (07-06-2017): Sygehusdirektør: - Der er et spild i sundhedsvæsenet.
Lokaliseret den 25-09-2017. <http://www.jv.dk/regionalt/Sygehusdirektoer-Der-er-et-spild-i-sundhedsvaesenet/artikel/2512681>

Jyllands-Posten (05-02-2017): Antallet af ambulante undersøgelser på sygehusene er eksploderet. lokaliseret den 25-09-2017 <http://jyllands-posten.dk/indland/ECE9344040/antallet-af-ambulante-undersogelser-paa-sygehusene-er-eksploderet>

Kaplan, Robert S., Anderson, Steven R. (2006): Time-Driven Activity-Based Costing.
Lokaliseret 11.04.2017 <http://hbswk.hbs.edu/item/time-driven-activity-based-costing>

Lynggaard, Kennet (2010): "*Dokumentanalyse*" i Brinkmann & Tanggaard (RED.). *Kvalitative Metoder – En grundbog*. Hans Reitzels Forlag. S.137-152

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2009): *Effektiv styring på sygehusområdet*. København K.

Sundheds- og Ældreministeriet (2016): *Forslag til Lov om ændring af lov om regionernes finansiering*.

Sundhedsdatastyrelsen (2016): *Takstsystem - Vejledning*. Afdeling for sundhedsdokumentation.

7. Bilag

På udleverede **USB-stik** fremgår alle specialets bilag.

Bilag.1 – Jonas With – Transskriberet interview.

Bilag.2 – Niels Würgler – Transskriberet interview.

Bilag.3 – Nils Lauge Johansen – Transskriberet interview.

Bilag.4 – Jan Nielsen – Transskriberet interview.

Bilag.5 – Frank Skriver – Transskriberet interview.

Bilag.6 – Poul Hedevang – Transskriberet interview.

Bilag.7 – Claus Munk – Transskriberet interview.

Bilag.8 – Specialets anvendte interviewguides.

Samt alle Interview optagelserne.