

Rapport

Den statslige styring af det regionale sundhedsområde

– Analyse af centrale instrumenter



Betina Højgaard, Jakob Kjellberg og Mickael Bech (red.)

Den statslige styring af det regionale sundhedsområde – Analyse af centrale instrumenter

© VIVE og forfatterne, 2018

e-ISBN: 978-87-93626-58-4

Forsidefoto: Lars Degnbol

Projekt: 11439

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Regeringen har som del af sammenhængsreformen og som bekræftet i aftale om regionernes økonomi for 2018 igangsat en gennemgang af styringen på sundhedsområdet. Formålet med styringseftersynet er at *”belyse, hvad der virker, og hvad der ikke virker i den nuværende styring og komme med forslag til en bedre styring fremadrettet”*. Som led i dette arbejde har VIVE på opdrag fra Finansministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet gennemført en analyse af de centrale elementer i den samlede statslige styring af det regionale sundhedsområde.

VIVEs opgave har bestået i at beskrive og vurdere effekterne af følgende 11 centrale statslige styringsinstrumenter: nationale mål; patienttilfredshedsmålinger; produktivitetsopgørelser; specialeplanlægning; kliniske retningslinjer og forløbspakker; hurtig udredning, frit valg og udvidet frit valg; udbuds- og konkurrencemuligheder; rammestyring, herunder budgetloven (inkl. sanktioner); puljer, øremærkede/formålsbestemte bevillinger; aktivitetspulje og produktivitetskravet.

Der eksisterer en lang række styringsinstrumenter i den statslige styring af sundhedsområdet, hvor denne rapport omhandler en delmængde af den samlede statslige styring på sundhedsområdet. Eksempelvis indgår mere overordnede styringsinstrumenter som sundhedsloven, de årlige økonomiaftaler mellem regeringen og regionerne, finansloven, autorisationsloven, tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed, kontrol med utilsigtede hændelser, Arbejdstilsynets tilsyn og Rigsrevisionens undersøgelser ikke i analysen.

Analysen er blevet fulgt af en styregruppe bestående af repræsentanter fra Danske Regioner, Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet og Økonomi- og Indenrigsministeriet.

Analyse og rapportskrivning er foretaget i perioden oktober 2017 til februar 2018 i samarbejde med eksterne forfattere og er forestået af: Professor og direktør Mickael Bech, professor emeritus Terkel Christiansen, projektchef Betina Højgaard, lektor Søren Rud Kristensen, seniorprojektleder Marie Jakobsen, professor Jakob Kjellberg, chefkonsulent Erik Riiskjær, lektor og analysechef Kim Rose Olsen, professor Kjeld Møller Pedersen og professor Karsten Vrangbæk. Den redaktionelle bearbejdelse af rapporten er foretaget af Betina Højgaard, Jakob Kjellberg og Mickael Bech. Rapporten har været i eksternt review.

VIVE ønsker at rette en tak til Jesper Danneris Luthman, Mads Leth Jakobsen, Jens Winther Jensen og Kjeld Møller Pedersen for kommentering på kapiteludkast til rapporten.

Betina Højgaard, Jakob Kjellberg og Mickael Bech

April 2018

Indhold

Læsevejledning	6
1 Indledning.....	7
1.1 Baggrund og formål	7
1.2 Metode	8
1.3 Rapportens struktur	11
2 Rammesætning og tværgående diskussion	12
2.1 Rammesætning.....	12
2.2 Tværgående diskussion.....	16
2.3 Afrundende kommentarer	22
3 Nationale mål	23
3.1 Formålet med nationale mål inkl. centrale løbende opgørelser.....	24
3.2 Baggrunden for nationale mål inkl. centrale løbende opgørelser	26
3.3 Anvendelsen af nationale mål i dag.....	28
3.4 Effekt og resultat af nationale mål inkl. centrale løbende opgørelser.....	31
3.5 Vurdering af fordele og ulemper ved nationale mål.....	34
4 Patienttilfredshedsundersøgelser	36
4.1 Formålet med landspatienttilfredshedsundersøgelserne.....	38
4.2 Baggrunden for landspatienttilfredshedsundersøgelserne	39
4.3 Anvendelsen af landspatienttilfredshedsundersøgelserne i dag	46
4.4 Effekt og resultat af landspatienttilfredshedsundersøgelserne.....	49
4.5 Vurdering af fordele og ulemper ved landspatienttilfredshedsundersøgelserne	55
5 Årlige produktivetsopgørelser	58
5.1 Formålet med de årlige produktivetsopgørelser	59
5.2 Baggrunden for de årlige produktivetsopgørelser.....	60
5.3 Anvendelsen af de årlige produktivetsopgørelser i dag.....	63
5.4 Effekt og resultat af de årlige produktivetsopgørelser	64
5.5 Vurdering af fordele og ulemper ved de årlige produktivetsopgørelser.....	67
6 Specialeplanlægning	69
6.1 Formålet med specialeplanlægning.....	70
6.2 Baggrunden for specialeplanlægning	71
6.3 Anvendelsen af specialeplanlægning i dag	72
6.4 Effekt og resultat af specialeplanlægning	75
6.5 Vurdering af fordele om ulemper ved specialeplanlægning	76
7 Nationale kliniske retningslinjer og forløbspakker	79
7.1 Formålet med nationale kliniske retningslinjer og forløbspakker.....	80
7.2 Baggrunden for nationale kliniske retningslinjer og forløbspakker	82
7.3 Anvendelsen af nationale kliniske retningslinjer og forløbspakker i dag	83
7.4 Effekt og resultat af nationale kliniske retningslinjer og forløbspakker.....	87
7.5 Vurdering af fordele og ulemper ved nationale kliniske retningslinjer og forløbspakker	91

8	Hurtig udredning, frit valg og udvidet frit valg	94
8.1	Formålet med frit valg, udvidet frit valg og ret til hurtig udredning.....	97
8.2	Baggrunden for frit valg, udvidet frit valg og ret til hurtig udredning	97
8.3	Anvendelsen af frit valg, udvidet frit valg og retten til hurtig udredning i dag	101
8.4	Effekt og resultat af frit valg, udvidet frit valg og retten til hurtig udredning.....	104
8.5	Vurdering af fordele og ulemper ved frit valg, udvidet frit valg og retten til hurtig udredning	108
9	Udbuds- og konkurrencemuligheder	112
9.1	Formålet med regionernes udbudsaftaler	113
9.2	Baggrunden for regionernes udbudsaftaler	115
9.3	Anvendelsen af regionernes udbudsaftaler i dag	119
9.4	Effekt og resultat af regionernes udbudsaftaler	122
9.5	Vurdering af fordele og ulemper ved regionernes udbudsaftaler	126
10	Rammestyring inkl. budgetlov	129
10.1	Formålet med rammestyring	131
10.2	Budgetlov som rammesætter	131
10.3	Baggrunden for rammestyring	132
10.4	Anvendelsen af rammestyring i dag	136
10.5	Effekt og resultat af rammestyring	137
10.6	Vurdering af fordele og ulemper ved rammestyring	140
11	Puljer, øremærkede/formålsbestemte bevillinger	142
11.1	Formålet med formålsbestemte bevillinger (øremærkede bevillinger)	143
11.2	Anvendelsen af øremærkede bevillinger i dag	150
11.3	Effekt og resultat af øremærkede bevillinger	151
11.4	Vurdering af fordele og ulemper ved øremærkede bevillinger	151
12	Den statslige aktivitetspulje	153
12.1	Den statslige aktivitetspuljes formål.....	154
12.2	Baggrunden for den statslige aktivitetspulje	154
12.3	Kommunal medfinansiering	158
12.4	Anvendelsen af den statslige aktivitetspulje i dag	159
12.5	Effekt og resultat af den statslige aktivitetspulje	160
12.6	Vurdering af fordele og ulemper ved den statslige aktivitetspulje	165
13	Produktivitetskrav	167
13.1	Formålet med produktivitetskravet.....	168
13.2	Baggrunden for produktivitetskravet.....	168
13.3	Hvordan anvendes produktivitetskravet i dag.....	170
13.4	Effekt og resultat af produktivitetskravet.....	171
13.5	Vurdering af fordele og ulemper ved produktivitetskravet	175
	Litteratur	177
Bilag 1	Satspuljen på sundhedsområdet	204

Læsevejledning

I henhold til opdraget til denne rapport beskriver og vurderer den effekten af 11 centrale statslige styringsinstrumenter. Der er tale om en ren deskriptiv analyse, hvor de enkelte styringsinstrumenter i hvert sit kapitel beskrives og vurderes i forhold til afsættet og motivationen for styringsinstrumentet, den nuværende anvendelse, erfaringerne og effekterne hermed samt vurderede fordele og ulemper ved styringsinstrumentet.

Rapporten har fokus på styringsinstrumentets nuværende anvendelse, og hvordan anvendelsen har forandret sig over tid, herunder hvad motivationen oprindeligt var for styringsinstrumentets indførelse. Selv om rapporten er en del af det fremadrettede arbejde i sammenhængsreformen, har det ikke været opdraget til rapporten at foretage en vurdering af relevansen af styringsinstrumenterne i forhold til de fremtidige udfordringer i sundhedsvæsenet. Endvidere har det ikke været analysens formål at foretage en samlet vurdering af de enkelte styringsinstrumenter, dvs. der foretages ikke en samlet afvejning af fordele og ulemper ved styringsinstrumenterne.

De enkelte styringsinstrumenter er beskrevet i hvert sit kapitel. Den overordnede kapitelstruktur er identisk for beskrivelserne, mens vægtningen af de enkelte afsnit varierer på tværs af kapitlerne. Sidstnævnte afspejler den variation, der er i forhold til de enkelte styringsinstrumenter, dels i forhold til hvor længe de har været en del af den statslige styring af det regionale sundhedsvæsen, og hvorvidt der er tale om et mere overordnet styringsinstrument som eksempelvis rammestyring, eller et mere specifikt styringsinstrument som de årlige produktivitetsopgørelser, dels i forhold til hvilke centrale aspekter ved styringsinstrumentet der er særligt interessante at få beskrevet.

I introduktionen til beskrivelsen af de enkelte styringsinstrumenter er der indsat en boks, som kort beskriver styringsinstrumentets definition, formål og type; centrale hensyn, som styringsinstrumentet understøtter; baggrunden for indførelsen, og hvilke løbende tilpasninger der er foretaget af styringsinstrumentet; dets nuværende anvendelse og dokumenterede effekt; implikationer af instrumentet for regionernes styring samt fordele og ulemper ved styringsinstrumentet. Boksen har til formål at give et hurtigt overblik over centrale aspekter ved styringsinstrumentet. Endvidere er der afslutningsvis i hver beskrivelse indsat en boks, hvori der er foretaget en opsummerende vurdering af det enkelte styringsinstrument i forhold til, om 1) formålet med styringsinstrumentet er klart, 2) effekten, 3) samspillet med øvrige styringsinstrumenter i sundhedsvæsenet, 4) afvejningen mellem national styring og lokal tilpasning, 5) styringsinstrumentets behov for understøttelse af data, samt 6) om instrumentet understøtter en enkel og gennemskuelig styring – centralt såvel som decentralt.

Samspillet mellem de enkelte styringsinstrumenter er meget komplekst, hvilket gør, at det ikke har været muligt at foretage en udtømmende beskrivelse heraf i rapporten. Under beskrivelserne af de enkelte styringsinstrumenter er der imidlertid foretaget en sporadisk vurdering af sammenspillet mellem de forskellige styringsinstrumenter, og hvordan de påvirker de overordnede mål for sundhedsvæsenet. Samtidig er der foretaget en uddybende beskrivelse heraf i det opsummerende kapitel 2, som går på tværs af analyserne.

Indledningsvist i rapporten (kapitel 2) foretages der en rammesætning af analysen i form af en kort beskrivelse af de overordnede rammevilkår for styringen af sundhedsvæsenet. Endvidere diskuteres følgende centrale aspekter i forhold til styringen af sundhedsvæsenet: blød versus hård styring, samspillet mellem styringsinstrumenter, styringsinstrumentets dynamik samt national styring og lokal tilpasning. De 11 styringsinstrumenter er inkluderet som eksempler i diskussionsafsnittet.

1 Indledning

Betina Højgaard, Jakob Kjellberg og Mickael Bech

1.1 Baggrund og formål

Regeringen har som en del af sammenhængsreformen (s.12 i (1)) – og som bekræftet i aftale om regionernes økonomi for 2018 (s. 35 i (2)) – igangsat en gennemgang af styringen på sundhedsområdet. Formålet med styringseftersynet er at *"belyse, hvad der virker, og hvad der ikke virker i den nuværende styring og komme med forslag til en bedre styring fremadrettet"* (s.12 i (1)). Styringseftersynet består, jf. kommissoriet for styringseftersynet (3), af tre sammenhængende delanalyser:

1. Overvejelse om de fremtidige udfordringer for sundhedsområdet og de afledte krav til styring og organisering.
2. Analyse af de centrale elementer i den samlede statslige styring af det regionale sundhedsområde.
3. Analyse af den regionale styring, herunder elementer i en styrket styring af sygehusene.

Nærværende analyse udgør delanalyse 2.

1.1.1 Formål

Formålet med analysen er at beskrive og vurdere effekterne af centrale statslige styringsinstrumenter i det regionale sundhedsområde. Mere specifikt har analysen til formål at beskrive og vurdere:

- afsættet og motivationen for de enkelte styringsinstrumenter
- hvordan styringsinstrumenterne anvendes i dag
- hvad erfaringerne og effekterne er
- hvad der vurderes som fordele og ulemper ved styringsinstrumenterne.

1.1.2 Afgrænsning

Analysen er afgrænset til at omhandle følgende 11 styringsinstrumenter: Nationale mål, patienttilfredshedsmålinger, produktivitetsopgørelser, specialeplanlægning, kliniske retningslinjer og forløbspakker, frit valg og udvidet frit valg, udbuds- og konkurrencemuligheder, rammestyring¹, herunder budgetloven (inkl. sanktioner), puljer, øremærkede/formålsbestemte bevillinger, aktivitetspuljer, produktivitetsskrav og kommunal medfinansiering.

Det skal understreges, at der ikke er tale om en udtømmende liste. Den statslige styring af det regionale sundhedsvæsen er sammensat af en lang række forskellige styringsinstrumenter, hvor nærværende analyse kun omhandler et udpluk. Eksempelvis beskriver vi ikke mere overordnede styringsinstrumenter som sundhedsloven, autorisationsloven, Styrelsen for patientsikkerheds tilsyn, kontrollen med utilsigtede hændelser, Arbejdstilsynets tilsyn og Rigsrevisionens undersøgelser. De 11 inkluderede styringsinstrumenter i rapporten er udvalgt af styregruppen² for analysen.

¹ Rammestyring og rammefinansiering bruges som regel synonymt. For ikke at skabe unødigt forvirring anvendes betegnelsen rammestyring konsekvent i denne rapport.

² Styringsgruppen for analysen har bestået af repræsentanter fra Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet samt Danske Regioner.

Analysen er samtidig afgrænset til primært at have fokus på styringen fra stat til region. De enkelte regioners udmøntning af styringsinstrumenterne berøres således kun overfladisk, mens de enkelte hospitalers udmøntning af styringsinstrumenterne ikke berøres.

Endelig er der tale om en deskriptiv analyse, hvor de enkelte styringsinstrumenter beskrives og vurderes i forhold til de under formålet beskrevne perspektiver. Det er imidlertid ikke analysens formål at foretage en samlet vurdering af de enkelte styringsinstrumenter. Det vil eksempelvis sige, at fordele og ulemper ved det enkelte styringsinstrument beskrives, mens der ikke foretages en afvejning af fordele og ulemper.

1.2 Metode

Beskrivelsen og analyserne af de enkelte styringsinstrumenter er baseret på eksisterende viden og empirisk forskning om de respektive styringsinstrumenter såsom nationale politiske dokumenter, forskningslitteratur, nationale evalueringer samt centrale internationale evalueringer fra lande med offentligt finansieret sundhedsvæsen.

Beskrivelserne og analyserne er udarbejdet af førende nationale eksperter, som har stort overblik over den eksisterende litteratur og de studier, der er gennemført på området. Eksperterne har dels været inddraget til at udpege relevant litteratur, dels været ansvarlige for eller bistået med rådgivning til beskrivelse og vurdering af ét eller flere af styringsinstrumenterne. Se nedenstående boks for kort beskrivelse af forfatterne til denne rapport.

Forfattere

Mickael Bech er professor i sundhedsøkonomi og direktør i VIVE. Mickael har beskæftiget sig med evaluering af en lang række styringsinstrumenter, herunder afregning, specialeplanlægning, kvalitetsforbedring, genindlæggelsespolitikker, økonomiske incitamenter og strukturelle omlægninger.

Terkel Christiansen er professor emeritus ved Syddansk Universitet. Terkel har et indgående kendskab til udviklingen i det danske sundhedsvæsen, herunder indgående kendskab til danske studier af frit valg og det udvidede frie sygehusvalg, politikudviklingen på området samt den internationale litteratur.

Betina Højgaard er ph.d. i sundhedsøkonomi og projektchef i VIVE. Betina har i en årrække beskæftiget sig med styringen af sundhedsvæsenet, herunder styringen af sygehusvæsenet.

Søren Rud Kristensen er lektor på Imperial College London. Søren har studeret en lang række danske styringsinstrumenter og har et solidt overblik over den internationale litteratur om kliniske retningslinjer og udviklingen i det danske sundhedsvæsen.

Marie Jakobsen er seniorprojektleder i VIVE. Marie har foruden tidligere erfaring fra centraladministrationen og sin generelle viden om sundhedsområdet indgående kendskab til nationale kliniske retningslinjer.

Jakob Kjellberg er professor og programleder for sundhed i VIVE. Jakob har i en lang årrække forsket i sundhedsøkonomi, styring og ledelse i sundhedsvæsenet, herunder beskæftiget sig med evaluering af en lang række styringsinstrumenter i sundhedsvæsenet.

Erik Riiskjær er chefkonsulent hos DEFACTUM, Region Midtjylland. Erik har forsket i patientinvolvering og organisation og har herigennem opnået indgående kendskab til litteratur og studier om patientundersøgelser.

Kim Rose Olsen er lektor og analysechef ved Syddansk Universitet. Kim har et solidt overblik over performance-litteraturen samt udviklingen i det danske sundhedsvæsen.

Forfattere

Kjeld Møller Pedersen er professor i sundhedsøkonomi og politik ved Syddansk Universitet. Kjeld har et bredt og indgående kendskab til alle dele af det danske sundhedsvæsen, udviklingen heraf samt til alle anvendte statslige styringsinstrumenter, herunder indgående kendskab til danske studier på området samt den internationale litteratur.

Karsten Vrangbæk er professor i sundhedspolitik og sundhedsøkonomi ved Københavns Universitet. Karsten forsker i organisering og ledelse af sundhedsorganisationer, offentligt-private partnerskaber, EU sundhedspolitik, sundhedsreformer og offentlige værdier og har i den forbindelse indgående kendskab til litteraturen om frit valg og udvidet frit valg.

Eksperterne beskriver hvert styringsinstrument i kapitlerne og foretager en sammenfatning af litteraturen på området. Identificeringen af relevant litteratur er sket med afsæt i eksperternes forhåndsindsigt i de enkelte styringsinstrumenter og ved målrettet søgning i diverse litteraturlister og på relevante hjemmesider (eksempelvis styrelser og ministeriers hjemmesider). Givet tidsrammen for opgaveløsningen og det faktum, at meget af den relevante litteratur er grå litteratur³, er der ikke foretaget en systematisk litteratursøgning af de enkelte styringsinstrumenter.

Hovedforfatteren/rne til de enkelte kapitler fremgår indledningsvis i hvert kapitel. Betina Højgaard, Jakob Kjellberg og Mickael Bech har været ansvarlige for analysen og varetaget redigeringen af rapporten, herunder kvalificering af beskrivelserne af de enkelte styringsinstrumenter samt sikring af tværgående sammenhæng.

1.2.1 Analyseelementer

Beskrivelsen og vurderingen af de enkelte styringsinstrumenter er foretaget med afsæt i de elementer, der er beskrevet i nedenstående boks.

Analysen af de enkelte styringsinstrumenter er baseret på følgende elementer

Styringsinstrumentets formål

- Styringsinstrumentets nuværende formål

Styringsinstrumentets baggrund

- Baggrunden/motivet for instrumentets indførelse
- Hvornår blev instrumentet indført?
- Hvilke styringsinstrumenttype er det (patientrettigheder og markedsafledt konkurrence; kliniske anbefalinger, retningslinjer og standarder; synlighed, resultatmåling og benchmarking; økonomiske incitamenter)?
- Hvilke centrale hensyn understøtter styringsinstrumentet (kvalitet, sammenhæng, omkostningseffektivt, herunder eventuelt sikring af løbende effektivisering og realisering af gevinstpotentiale)?
- Hvilke rammer understøtter styringsinstrumentet: lovgivning, aftaler, økonomiske incitamenter, offentliggørelse af information/sammenligningskonkurrence mv.?

Hvordan styringsinstrumentet anvendes i dag

- Hvordan anvendes styringsinstrumentet i dag i det danske sundhedsvæsen. Er der overensstemmelse mellem styringsværktøjets oprindelige formål og dets faktiske anvendelse og udviklingen heraf?

³ Grå litteratur er udgivelser, der ikke er publiceret og distribueret via kommercielle forlag: working papers, rapporter (som fx VIVEs), opgaver/specialer, ph.d.-afhandlinger, disputatser, pjecer, foldere, pre-prints, conferenceindlæg etc.

Analysen af de enkelte styringsinstrumenter er baseret på følgende elementer

- Hvilke tilpasninger/ændringer er der blevet foretaget af styringsinstrumentet siden indførelsen af det?
- Adskiller anvendelsen af styringsinstrumentet i Danmark sig fra anvendelsen i andre lande, dvs. er der en dansk oversættelse? Hvordan bruger vi instrumentet anderledes?
- Understøttende elementer for at styringsinstrumentet har effekt

Effekt og resultat

- Hvilke konkrete effekter styringsinstrumentet har (og har haft) for sundhedsvæsenet (i det omfang der er fundet dansk empiri er vurderingen baseret på denne)? Udenlandsk empiri er inddraget, hvis der ikke findes dansk empiri, eller til at understøtte den danske empiri. Hvis der ingen empiri er, eller denne er tvivlsom, er teoretiske argumenter baseret på referencer, dvs. vi udleder ikke selv teoretiske argumenter. Teoretiske argumenter er også inddraget til at underbygge fundne/manglen på fundne effekter).
- Implikationer af styringsinstrumentet for regionernes styring, herunder hvor specifikke kravene er, hvor bindende er de i forhold til praksis, og er der eksplicite krav til videreførelse eller krav, som implicit håndhæver styringsinstrumentet.

Vurdering af fordele og ulemper

- Beskrivelse af fordele og ulemper i forhold til de tre delmål for sundhedsvæsenet, dvs. bedst mulige kvalitet for patienten, omkostningseffektiv behandling og sammenhæng i behandlingen. Herunder inddragelse af:
 - kortlagte effekter
 - samspillet med øvrige styringsinstrumenter i sundhedsvæsenet (modvirker, substituerer eller komplementerer styringsværktøjet disse med særligt fokus på de 11 inkluderede styringsværktøjer)
 - hvorvidt instrumentet understøtter en enkelt og gennemskuelig styring.

Endvidere afsluttes hvert kapitel med en kort opsummering af de væsentligste pointer. Opsummeringen er baseret på de seks principper, der er beskrevet i den nedenstående boks.

Principperne for den opsummerende vurdering af de enkelte styringsinstrumenter*

1. **Klart formål**, dvs. er formålet klart defineret, og er der en fælles forståelse af formålet/ene i sundhedsvæsenet
2. **Effekter**, dvs. hvilke konkrete effekter har styringsinstrumentet og har det haft for sundhedsvæsenet, herunder effekt på kvalitet, omkostningseffektivitet og sammenhæng
3. **Samspillet med øvrige styringsinstrumenter i sundhedsvæsenet**, dvs. modvirker, substituerer eller komplementerer styringsinstrumentet disse**
4. **National styring og lokal tilpasning**, universelle krav med høj detaljeringsgrad og klar monitorering giver mindre mulighed for lokal tilpasning og prioritering
5. **Kræver styringsinstrumentets effektivitet understøttelse af data**, og i så fald er der data af god kvalitet og mulighed for national monitorering
6. **Understøtter instrumentet en enkel og gennemskuelig styring centralt såvel som decentralt**

* Inspireret af (4), ** særlig fokus på de 11 styringsinstrumenter, der indgår i rapporten.

1.3 Rapportens struktur

Rapporten er disponeret i 13 kapitler, hvor **kapitel 3-13** indeholder beskrivelser af de 11 styringsinstrumenter, jf. ovenfor.

Det skal understreges, at omfanget af de enkelte kapitler varierer, og at dette ikke skal ses som udtryk for betydningen af det enkelte styringsinstrument. Variationen i omfanget af de enkelte kapitler afspejler således primært, at der er stor forskel i karakteren af de enkelte styringsinstrumenter. Hermed menes, at der er stor variation i, om det enkelte inkluderede styringsinstrument består af mange delkomponenter eller ej (eksempelvis består patienttilfredshedsundersøgelser af flere forskellige undersøgelser); om der er sket væsentlige ændringer af styringsinstrumentet over tid; om der er samlet flere styringsinstrumenter i et kapitel (eksempelvis kapitlet om kliniske retningslinjer og forløbspakker) etc.

Kapitel 2 rammesætter analysen ved at beskrive de overordnede rammevilkår, der er for styringen af sundhedsvæsenet, og giver en kort præsentation af en række overordnede aspekter for afvejninger ved styringsinstrumenter i sundhedsvæsenet.

2 Rammesætning og tværgående diskussion

Betina Højgaard, Jakob Kjellberg og Mickael Bech

Til rammesætning af analysen gives der i de følgende afsnit en kort beskrivelse af de overordnede rammevilkår for styringen af sundhedsvæsenet samt en kort præsentation af en række overordnede aspekter for afvejninger ved styringsinstrumenter i sundhedsvæsenet. De 11 styringsinstrumenter er inkluderet som eksempler.

2.1 Rammesætning

Styringsinstrumenter anvendes bredt i det danske sundhedsvæsen for at sikre, at de politiske mål med sundhedsvæsenet indfries. Målene for det danske sundhedsvæsen har på mange måder været forholdsvis stabile, men gennem tiderne har forskellige typer af problemstillinger fået mere eller mindre politisk opmærksomhed. Samtidig med, at nogle styringsinstrumenter løser problemer, så vil andre problemstillinger få større fokus, hvorved der opstår et behov for at justere styringsinstrumenter eller indføre andre styringsinstrumenter.

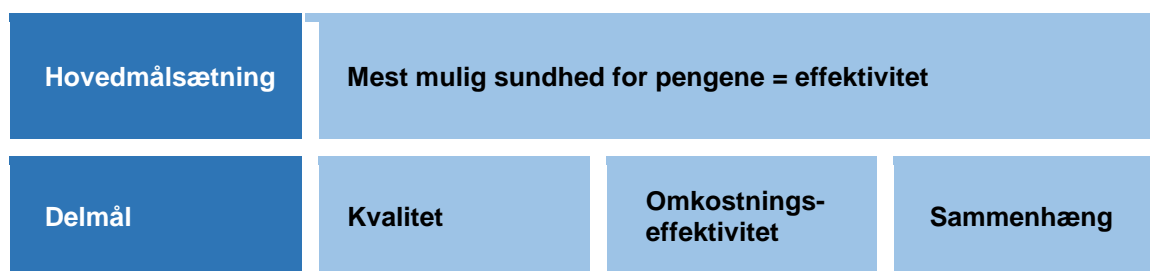
Målene og fokus på problemstillinger for det offentlige sundhedsvæsen er dynamisk og under konstant udvikling, ligesom der også udvikles nye datamuligheder og styringsmuligheder over tid. Derfor kan styringsinstrumenterne ikke ses som færdige værktøjer, hvortil der pr. konstruktion kan knyttes en række forventede effekter. Djævelen er som altid i detaljen, hvorfor instrumentets formål og effekt skal ses i den kontekst, det er blevet implementeret i; den konkrete udmøntning nationalt såvel som lokalt; den politiske vilje til at sanktionere, hvis målet ikke er nået; og de muligheder der er for at monitorere sammenhængene mellem brugen af styringsinstrumentet og de ønskede mål.

2.1.1 Overordnede rammevilkår for styringen af sygehusvæsenet

Staten fastlægger landets overordnede sundhedspolitiske værdier og målsætninger og afsætter penge på finansloven til driften af sundhedsvæsenet, som udmøntes via årlige økonomiaftaler mellem stat, kommuner og regioner. Regionerne har ansvaret for styringen af det regionale sundhedsvæsen, herunder sygehusvæsenet. De har dermed ansvar for at varetage sygehusvæsenets opgaver og yde sygehusbehandling til borgerne (§ 74 og § 79 i sundhedsloven) inden for de økonomiske rammer, der fastlægges via økonomiaftaler mv. (s. 16 i (5)). Regionerne har herunder ansvaret for at efterleve den nationalt opstillede målsætning for sundhedsvæsenet.

Af opgavebeskrivelsen for denne delanalyse fremgår det, at målsætningen for styringen af det samlede sundhedsvæsen er at levere mest mulig sundhed for pengene, dvs. være så effektiv som muligt. For at indfri målsætningen kræves det, jf. Figur 2.1, at sundhedsvæsenet leverer: 1) behandling af bedst mulige *kvalitet* for patienten, 2) *omkostningseffektiv* behandling, og 3) at der skal være *sammenhæng* i den behandling, som en patient modtager. I gennemgangen af de enkelte styringsinstrumenter er der foretaget en vurdering af, hvordan styringsinstrumenterne påvirker de tre overordnede målsætninger. I kapitel 3 om de nationale mål er der foretaget en yderligere uddybende beskrivelse af målsætningen for sundhedsvæsenet.

Figur 2.1 Målsætning for sundhedsvæsenet



Regionerne har inden for de aftale- og lovgivningsmæssige rammer frihed til selv at tilrettelægge deres styring af sundhedsvæsenet – og dermed hvordan de bedst efterlever hovedmålsætningen for sundhedsvæsenet (s. 17 i (5)).

2.1.2 Styring og styringsinstrumenter

Styringsmodellen på sundhedsområdet er sammensat af en række nationale såvel som regionale og lokale styringsinstrumenter, der tilsammen har til formål at understøtte en hensigtsmæssig udvikling af sundhedsvæsenet (s. 48 i (6)). Den statslige styring af sundhedsvæsenet omfatter aktiviteter og processer, hvor staten via styringsinstrumenter ønsker at målrette sundhedsvæsenet til at realisere et eller flere mål (se Figur 2.1) for det offentlige sundhedsvæsen (s. 54 i (7)). Statslige styringsinstrumenter kan således defineres som teknikker og handlemuligheder, som staten anvender til at styre sundhedsvæsenet i en retning, som forventes at bidrage til opfyldelsen af politisk fastsatte mål for sundhedsvæsenet (s. 19 i (8)).

Der eksisterer en lang række styringsinstrumenter i den statslige styring af sundhedsområdet, hvor denne rapport omhandler en delmængde af den samlede statslige styring på sundhedsområdet. Eksempelvis indgår mere overordnede styringsinstrumenter som sundhedsloven, de årlige økonomiaftaler mellem regeringen og regionerne, finansloven, autorisationsloven, tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed, kontrol med utilsigtede hændelser, Arbejdstilsynets tilsyn og Rigsrevisionens undersøgelser ikke i analysen.

Der findes flere forskellige typologier, som kategoriserer styringsinstrumenter (s. 20 i (8)). I denne rapport indgår de nedenfor beskrevne overordnede typer af styringsinstrumenter.

Beskrivelse af de overordnede typer af styringsinstrumenter, der indgår i rapporten	
Styringsinstrument kategori	Beskrivelse
Patientrettigheder og markedsafledt konkurrence	<p>Patientrettigheder omfatter de rettigheder, som patienter i det danske sundhedsvæsen har, fx i form af ret til frit at vælge sygehus. De fleste patientrettigheder er defineret i Sundhedsloven.</p> <p>Med markedsafledt konkurrence forstås muligheden for at skabe konkurrere om markedet for levering af sundhedsydelser mellem offentlige og private leverandører, fx i forhold til rettigheden til at producere specifikke ydelser. Den markedsafledte konkurrence kan eksempelvis skabes via udbud af leveringen af sundhedsydelser.</p>

Beskrivelse af de overordnede typer af styringsinstrumenter, der indgår i rapporten

Kliniske anbefalinger, retningslinjer og standarder	Kliniske anbefalinger og standarder er i denne rapport defineret som instrumenter, der har til formål at optimere den kliniske behandling, eksempelvis ved at beskrive minimumskrav til behandlingen ved at definere, hvem der skal behandle specifikke sygdomme, og ved at sikre ensartet behandlingstilbud – både i forhold til indhold og proces. Det kan understøttes af monitorering og eksempelvis akkreditering, hvor der på baggrund af udviklede standarder (kriterier) foretages en ekstern vurdering af, i hvilken grad faglige standarder er opfyldt, og dermed om organisationen (eksempelvis sygehus eller praksisklinik) kan opnå status som akkrediteret (s. 7 i (9)).
Synlighed, resultatmåling og benchmarking	Synlighed, resultatmåling og benchmarking omfatter alle en form for måling og offentliggørelse af organisationens adfærd eller resultater med det formål at skabe incitamenter for organisationen til at forbedre sig (s. 62 i (7)). Det kan eksempelvis være benchmarking af de enkelte hospitalers produktivitet, opfyldelse af faglige kvalitetsmål og patienttilfredshed. Incitamenterne er som udgangspunkt ikke økonomiske, men der kan indirekte være økonomiske konsekvenser knyttet hertil.
Økonomiske incitamenter	Økonomiske incitamenter forstås som økonomiske tilskyndelser til at udvise en bestemt adfærd (s. 11 i (10)). Dette kan eksempelvis bestå i, at budgetter ændres, hvis ikke organisationen (fx regionen) realiserer et bestemt mål (fx aktivitet).

De 11 inkluderede styringsinstrumenter kan i forhold til ovenstående typologi overordnet kategoriseres som angivet i nedenstående boks.

Nogle af de konkrete styringsinstrumenter rummer flere elementer fra typologien og passer dermed ind under flere af kategorierne. Indplaceringen af de enkelte styringsinstrumenter er foretaget ud fra en vurdering af, hvad der vurderes som den dominerende styringslogik fra ovenstående typologi.

Kategorisering af de 11 inkluderede styringsinstrumenter

Synlighed, resultatmåling og benchmarking:

- Nationale mål
- Patienttilfredshedsmålinger
- Årlige produktivetsopgørelser

Kliniske anbefalinger, retningslinjer og standarder:

- Specialeplanlægning
- Nationale kliniske retningslinjer og forløbspakker

Patientrettigheder og markedsafledt konkurrence:

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

Økonomiske incitamenter:

- Rammestyling (inkl. budgetlov)
- Puljer, øremærkede/formålsbestemte bevillinger
- Den statslige aktivitetspulje
- Produktivetskrav

2.1.3 Målsætninger og opgørelse

Når de overordnede mål for sundhedsvæsenet skitseret i Figur 2.1 skal omsættes i konkrete styringsinstrumenter, så kræver det, at målsætningerne omsættes til konkrete indikatorer og operationelle mål. Styring af sundhedsvæsenet er grundlæggende udfordret af, at de indikatorer og operationelle mål, der styres efter, kun indirekte er knyttet til det, som staten/regionerne ønsker at opnå med styringen. Når der styres efter en høj aktivitet som et operationelt mål, er det ikke i udgangspunktet selve aktiviteten, der er interessant, men i stedet den helbredsrelaterede livskvalitet, lavere dødelighed og tryghed ved kortere ventetid mv., som er knyttet til den underliggende aktivitet. Men de overordnede målsætninger kan være vanskelige at måle og styre direkte efter. I stedet måles resultatet for sundhedsvæsenets formåen derfor indirekte via indikatoren aktivitet. Antagelsen er, at der er en så entydig sammenhæng mellem den målte aktivitet og de bredere overordnede mål, der er med sundhedsvæsenet, at det giver mening. Udfordringen er imidlertid, at sammenhængen mellem det, der måles på, og det, man ønsker at opnå, ofte ikke er så entydig, som man kunne ønske.

Meniskoperation ved slidgigt er et eksempel på en operation, hvor der i en række tilfælde har været stillet spørgsmålstegn ved effekten relativt til træning (11). I dette tilfælde kan aktivitet derfor være et dårligt mål for den producerede sundhedsmæssige værdi. Hvis sygehuset bliver målt på, hvor mange operationer der leveres, kan det i sig selv gøre det vanskeligt at omstille aktiviteten i retning mod træning, selv hvis der kommer nye retningslinjer for, hvordan behandlingen tilrettelægges. Styringen af sundhedsvæsenet på baggrund af operationelle mål som aktivitet kompliceres yderligere af, at den sundhedsmæssige effekt af en sundhedsydelse ikke er en statisk størrelse. Hvis der fx er lav kapacitet til operationer for grå stær, så vil man først operere de patienter, der er meget synshæmmede som får stor gevinst af operationen, men er der høj kapacitet, vil patienter med mindre behov og dermed mindre sundhedsmæssigt behandlingspotentiale også blive omfattet. Det betyder ikke, at det nødvendigvis er et problem, at patienter med et lavere behandlingspotentiale også bliver behandlet, men det betyder, at forholdet mellem behandlingsgevinsten og de medgående omkostninger ikke er konstant. At aktivitet alligevel anvendes som styringsredskab – trods de nævnte problemstillinger – kan tilskrives, at det ofte kan være svært at finde et mindre imperfekt alternativ til at måle sundhedsvæsenets målsætninger om høj effektivitet og omkostningseffektivitet.

Sundhedsvæsenets budget definerer rammen for aktiviteten. De økonomiske styringsinstrumenter forholder sig traditionelt ikke til rimeligheden af budgettets størrelse i sig selv. Budgettet sætter selvfølgelig en ramme for de enkelte styringsinstrumenter, og virkningerne af styringsinstrumenterne kan derfor ikke ses uafhængigt af den samlede budgetramme. I perioder, hvor budgettet vækster, er det typisk lettere at introducere nye patientrettigheder såsom skærpede ventelistemålsætninger, da ressourcerne ikke skal skaffes ved at reducere anden aktivitet. Styringsinstrumenter som fx aktivitetsafregning kan i vækstperioder være relevante for at sikre, at budgetter bliver omsat i forhold til nye målsætninger mv. Forandringer i rammevilkår påvirker altså mulighederne for at bruge forskellige styringsinstrumenter og dermed også, hvordan styringsinstrumenterne opleves, når de rammer de udførende niveauer. Bruges styringsinstrumenter som aktivitetsbestemt finansiering hyppigere i perioder, hvor der investeres mere i sundhedsvæsenet, kan et eventuelt indikationsskred fx ikke nødvendigvis knyttes til brugen af aktivitetsbaseret afregning, men til den stigende aktivitet. Fraværet af lotteribaserede undersøgelser kan endvidere gøre det vanskeligt at afgøre effekten af styringsinstrumenterne, ligesom det empiriske materiale typisk også er ganske spinkelt.

Kapitlet om rammestyring finder, at der ikke kan konstateres nogen påvirkning på produktiviteten som følge af overgangen fra rammestyring i retning af aktivitetsstyring, men også her skal man passe på med at konkludere for entydigt. I princippet kan man argumentere for, at den øgede produktion som følge af budgetvæksten i sig selv burde have øget produktiviteten, da merproduktion på marginalen typisk er billigere end gennemsnitsproduktion. Modsat kan det indvendes, at hvis

man var tæt på at have udnyttet produktionsmulighederne, ville der have været stordriftsulemper, som udfordrer produktiviteten. Effekten af et styringsinstrument skal således ses i den kontekst, det optræder, ligesom forskellige personer vil kunne komme til forskellige vurderinger af henholdsvis fordele og ulemper.

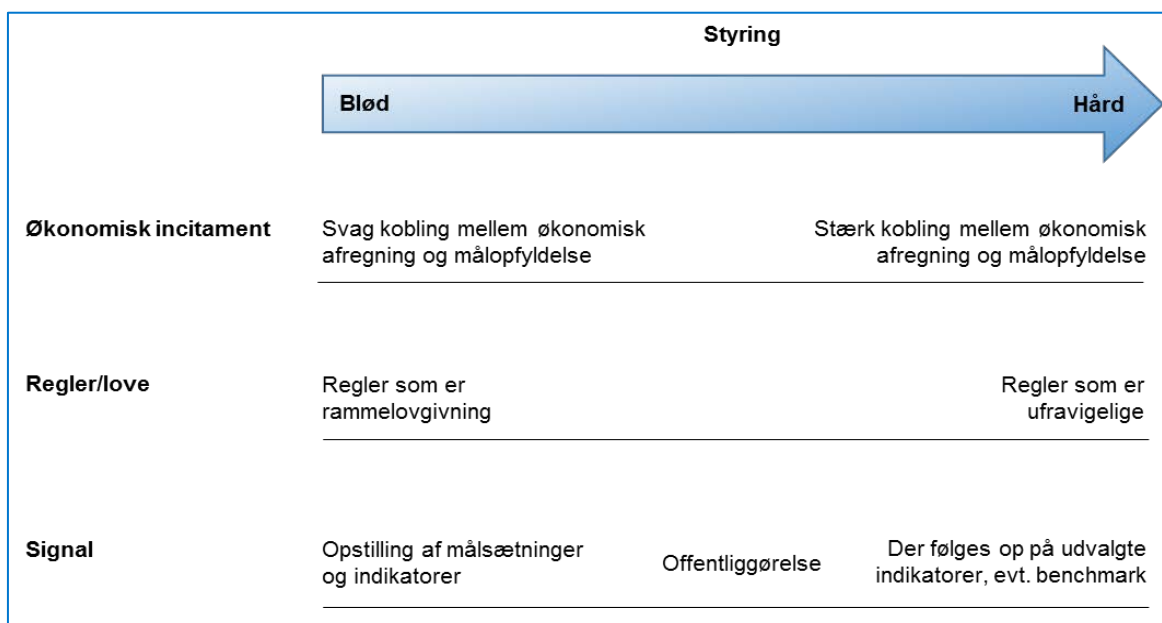
De seneste år er der introduceret en række nye styringsfilosofier som fx *triple aim* og værdibaseret styring. Disse styringsfilosofier bygger i al væsentlighed på eksisterende styringsinstrumenter, hvor fokus er et skifte væk fra aktivitetsfinansiering i retning af større fokus på data om sundhedsmæssig effekt, herunder også patienternes angivelse af den oplevede sundhedsmæssige effekt, ligesom de samlede omkostninger for hele patientforløbet på tværs af organisationer forsøges inkluderet i afregningsmodellerne. De nye styringsfilosofier kan i nogen grad ses som en reaktion på nogle af de udfordringer, der er påpeget i forhold til særlig aktivitetsbaseret afregning, men der er endnu sparsom viden om konsekvenserne af disse ændrede styringstilgange, herunder hvordan man bedst implementerer dem i praksis.

2.2 Tværgående diskussion

2.2.1 Blød versus hård styring

Som nævnt i afsnit 2.1.2 findes der flere forskellige typologier over styringsinstrumenter. De inkluderede styringsinstrumenter kan således også grupperes i 1) instrumenter, hvortil der er direkte knyttet et økonomisk incitament, 2) instrumenter der er baseret på regler/lovgivning, og 3) instrumenter der er baseret på politiske signaler. Hver af disse grupper rummer et kontinuum af styringsinstrumenter, der er graderet i forhold til styringsinstrumentets hårdhed, jf. Figur 2.2. Fælles for disse styringsinstrumenter er, at de i nogle tilfælde giver eller understøtter konkurrence.

Figur 2.2 Gradueringen af hårdheden af styringsinstrumenter inden for dimensionerne: økonomisk afregning, regler/love og signal



For gruppen af styringsinstrumenter, hvor der er direkte kobling mellem økonomi og målopfyldelse, er det en forudsætning, at måloverholdelsen er klart defineret og kan måles entydigt. Et eksempel

på et sådant styringsinstrument er den statslige aktivitetspulje, som udmøntes, i takt med at aktiviteten stiger ud over et aftalt baselineniveau målt med DRG-systemet. Udfordringen ved de økonomiske styringsinstrumenter er typisk, at det er svært at rumme kompleksiteten i sundhedsvæsenets målsætning i et simpelt og entydigt mål, som kan opgøres på en entydig måde. Derfor anvendes også en lang række andre styringsinstrumenter, hvor der ikke nødvendigvis er knyttet en økonomisk afregning. Et eksempel er de overordnede nationale mål med sundhedsvæsenet, hvor der ikke er defineret noget klart niveau for, hvornår man er kommet i mål, og der ikke er nogle direkte konsekvenser ved manglende måloverholdelse. Ind imellem de mere signalpolitiske styringsinstrumenter med offentliggørelse af resultater og den rene økonomiske afregningsmodel ligger styringsinstrumenter som fx regler og patientrettigheder, hvor målopfyldelse og sanktionerne kan være mere eller mindre klart definerede.

De styringsinstrumenter, som overvejende benytter sig af politiske signaler, har den fordel, at de giver regioner og sygehuse relativt vide rammer til at oversætte og tilpasse styringsinstrumentet til den givne driftsmæssige situation, og derved er denne type af styring sjældent årsag til stor modstand, og de utilsigtede konsekvenser af den form for styring er typisk små. Ulempen ved de blødere styringsinstrumenter er, at der kan være risiko for, at de politiske signaler og målsætninger helt drukner i andre hårdere og driftsnære mål som budgetoverholdelse eller klinisk faglige mål. I praksis er der dog ofte et samspil mellem de anvendte styringsinstrumenter. I en række tilfælde forsøges først en implementering med udgangspunkt i de blødere styringsinstrumenter; fx kan der etableres en målsætning om en maksimal ventetid for udvalgte diagnoser. Hvis denne ikke overholdes, kan den suppleres med en patientrettighed om frit valg af sygehus både inden for regionen eller i en anden region. I den forbindelse kan der endvidere stilles krav til det informationsmateriale, som gives til patienten. Hvis den politiske målopfyldelse fortsat ikke vurderes tilstrækkeligt opfyldt, kan økonomiske styringsinstrumenter og eksplicite patientrettigheder øge presset på at opnå den ønskede målsætning. Der kan fx stilles krav om størrelsen på den honorering, der gives til det modtagende sygehus, ligesom der kan lukkes op for, at helt nye aktører som privatsygehuse kan modtage patienten.

Økonomiske styringsinstrumenter påvirker som regel adfærden relativt stærkt ned igennem styringskæden. Her er det bl.a. afgørende for risikoen for forvriddning, hvor meget råderum der overlades til den faktiske implementering lokalt. Selvom de økonomiske styringsinstrumenter har en række fordele frem for de mere signalbaserede instrumenter, så er udfordringen, at de er yderst vanskelige at dosere korrekt og målrette helt korrekt i forhold til den ønskede målsætning. Yderligere er der risiko for, at de økonomiske mål kommer til at dominere de øvrige mål for sundhedsvæsenet, at de opstillede mål omgås, eller der sker en "gaming" i forhold til indrapportering (eksempelvis ændret registreringspraksis) mv. Derfor ses der også ofte en hyppig tilpasning og justering af de økonomiske mål over tid. For eksempel er betalingen til de private sygehuse ved det udvidede frie sygehusvalg blevet reduceret; ventetidsmålsætningen har været justeret både op og ned; i en periode blev det udvidede frie sygehusvalg suspenderet for at sikre, at andre mål med sundhedsvæsenet ikke blev unødigt kompromitteret, og der tænkes i forløbstakster frem for afregning af enkelttydelser.

I Figur 2.3 er styringsinstrumenterne kategoriseret i forhold til mål og incitament (signal, regel og økonomi). Kategoriseringen er dog en forsimpning og skal primært tjene som en illustration. Kliniske retningslinjer er fx kategoriseret som et signal, men hvis vurderingen er, at det kan få konsekvenser i tilfælde af en patientklage, så kan de også betragtes som en regel. De regelbaserede instrumenter afviger typisk fra øvrige styringsinstrumenter ved, at der fokuseres på forudsætningerne for at opnå målet mere end selve måloverholdelsen. Specialeplanlægning er et eksempel herpå, idet hospitalet skal indfri en række forudsætninger for at kunne opretholde et speciale, og hvor det ikke er behand-

lingsresultaterne i sig selv, der er afgørende for, at et speciale kan opretholdes. Fraværet af et speciale kan betyde, at regionen er nødsaget til at købe disse ydelser i en anden region. Derfor kunne man i princippet også have klassificeret specialeplanlægningen som et økonomisk styringsinstrument. Kategoriseringerne er således ikke entydige, ligesom der inden for hvert styringsinstrument kan være knyttet flere mål til styringen, og udmøntningen kan være baseret på både signaler, regler og økonomi.

Figur 2.3 Styringsinstrumenternes mål og incitament

Synlighed, resultatmåling og benchmarking	Mål	Incitament
Nationale mål	Kvalitet mv.	Signal
Patienttilfredshedsmålinger	Patienttilfredshed	Signal
Produktivitetsopgørelser	Skabe overblik	Signal
Kliniske anbefalinger, retningslinjer og standarder		
Specialeplanlægning	Kvalitet	Regel
Nationale kliniske retningslinjer og forløbspakker	Kvalitet	Signal
Patientrettigheder og markedsafledt konkurrence		
Frit valg og udvidet frit valg	Ventetid og konkurrence	Økonomi
Udbuds- og konkurrencemuligheder	Effektivitet og konkurrence	Økonomi
Økonomiske incitamenter		
Rammestyring (inkl. budgetlov)	Budgetoverholdelse	Økonomi og regel
Puljer, øremærkede/formålsbestemte bevillinger	Målrettet aktivitet	Økonomi
Aktivitetspulje	Aktivitet	Økonomi
Produktivitetskrav	Øget kapacitet	Økonomi

Styringsinstrumenter, som primært er knyttet til kvalitet, er i Danmark typisk ikke relateret til økonomisk afregning. I andre lande har der været eksperimenteret med at knytte økonomi til kvalitetsmål. Erfaringerne har dog været blandede, da det generelt har været svært at finde gode mål for kvalitet, som kan bruges til afregning (12-15). De økonomiske styringsinstrumenter er typisk knyttet til enten målretning af en bestemt type aktivitet (puljer, ventelistemål mv.), eller de handler om at få mest mulig aktivitet ud af det givne budget (aktivitetspuljer, produktivitetskrav og udbuds- og konkurrencemuligheder). Styringsinstrumenter relateret til budgetloven og specialeplanerne er her klassificeret som regler, hvor de både fungerer rammesættende for centralpolitikernes egne ambitioner og som egentlige styringsinstrumenter i forhold til regionerne.

2.2.2 Samspillet mellem styringsinstrumenterne

De statslige styringsinstrumenter skal ses i en helhed, hvor adfærdspåvirkningerne og dermed effekterne af det enkelte styringsinstrument ikke entydigt kan isoleres fra de øvrige styringsinstrumenter. Styringsinstrumenter kan dels være en forudsætning, dels være understøttende, dels være komplementære, og endelig kan styringsinstrumenter være i indbyrdes konflikt.

Et styringsinstrument kan være en forudsætning eller understøttende for et andet, hvilket indebærer, at styringsinstrumentet ikke kan ses uafhængigt af et andet. Den statslige aktivitetspulje, produktivitetskrav, kommunal medfinansiering mv. er en del af en samling af styringsinstrumenter, som understøtter den samlede aktivitetsbestemte afregning i sundhedsvæsenet. Øremærkede puljer og

specialeplaner kan delvist understøtte hinanden. Opfyldelsen af patientrettighederne får effekt ved, at regionerne står over for et reelt økonomisk pres for at opfylde behandlingsbehovet, inden retten til udvidet frit sygehusvalg indtræder – enten ved selv at have kapacitet til at imødekomme efterspørgslen eller ved at betale for udgifter i forbindelse med behandling i andre regioner eller på et privat samarbejdsygehus.

Den statslige aktivitetspulje er således også med til at understøtte patientrettigheder, da regionerne bliver afregnet for aktivitet ud over baseline (op til loftet for den statslige aktivitetspulje). Regionerne har dermed mulighed for at imødekomme den efterspørgsel, som patientrettighederne giver anledning til.

Ingen styringsinstrumenter er perfekte. Alle styringsinstrumenter giver intenderede og potentielt ikke-intenderede virkninger. Virkningerne af et styringsinstrument kan på forhånd have kendte potentielle bivirkninger, og det kan derfor være nødvendigt at komplementere et styringsinstrument med et andet for at afværge eller mindske nogle bivirkninger. Et styringsinstrument indføres sjældent alene for at modvirke adfærdspåvirkningen af et andet styringsinstrument, men de kan have et samspil, hvor bivirkninger af ét styringsinstrument modvirkes af et andet. Måling og opfølgning af patienttilfredshed kan – ud over den selvstændige værdi af styringsinstrumentet – også være med til at modvirke et for kraftigt fokus på produktivitet og aktivitet ved aktivitetsbestemt afregning, hvor produktivetsgevinster realiseres ved at mindske kvaliteten. Generelt kan det være vanskeligt at skabe tilstrækkelig præcision og dosering af økonomiske incitamenter, hvorfor det kan være nødvendigt at modvirke bivirkningerne af økonomiske incitamenter ved at monitorere og offentliggøre information om indikatorer for kvalitet, således at målsætninger, som ikke direkte understøttes af økonomiske incitamenter, ikke mister betydning.

Endelig kan styringsinstrumenter potentielt være i direkte konflikt, hvorved der skal foretages afvejninger af dem, som bliver ramt af styringsinstrumentet. Disse afvejninger kan være svære at gøre transparente, og det kan indebære, at der opstår tvivl, inkonsistens, og potentielt at styringsinstrumentet kan virke demotiverende for lederne og medarbejderne i de udførende enheder. Det kan være vanskeligt at implementere konfliktende styringsinstrumenter ned igennem styringskæden, uden at der opstår inkonsistens, delvis kompromittering af mindst ét af styringsinstrumenterne, dekobling og uklar ledelse. Det kan være vanskeligt at pege på, at styringsinstrumenter overordnet er i konflikt, men djævelen vil være i detaljen, hvor logikkerne fra styringsinstrumenter på konkrete områder støder sammen. Et eksempel kunne være retten til hurtig udredning og behandling, som kan støde mod rammerne i (nationale) kliniske retningslinjer, hvor der på udvalgte områder kan opstå konflikt mellem de generiske regler for retten til hurtig udredning og behandling og de kliniske overvejelser for det optimale behandlingsforløb.

Sammenhængen og karakteren af relationen mellem styringsinstrumenterne kan påvirke, hvorvidt et styringsinstrument implementeres som tiltænkt, og om et styringsinstrument opfattes som enkelt og gennemskueligt. Når der er sammenhæng mellem styringsinstrumenterne, giver det ofte en større kompleksitet, og det kan være vanskeligt at målrette målsætningerne med styringsinstrumenterne efter enkelte og entydige målsætninger, da styringsinstrumenter kan have primære formål i sig selv og sekundære formål i forhold til øvrige styringsinstrumenter.

2.2.3 Styringsinstrumentets dynamik

For de økonomiske styringsinstrumenter i sundhedsvæsenet er konsekvensen ved manglende måloverholdelse, at regionen eller sygehusafdelingen mister ressourcer, som de potentielt kunne have modtaget. Der er dog ikke nødvendigvis en entydig sammenhæng mellem de ressourcer, der

modtages, og de, der kræves for at levere ydelsen. Aktivitetspuljen udmøntes fx med 40 % af gennemsnitsomkostningerne, og det er uklart, om dette beløb reelt dækker de medgående omkostninger ved at levere ydelsen. Manglede måloverholdelse er således ikke nødvendigvis knyttet til et økonomisk tab i traditionel driftsøkonomisk forstand, ligesom konsekvensen af manglende overholdelse ikke er et budgettab, men alene et likviditetstab det efterfølgende år. Når de økonomiske styringsinstrumenter alligevel er så relativt stærke i forhold til målstyring, kan forklaringen være, at det opleves som en straf ikke at modtage den fulde pulje. I udmøntningen af den statslige aktivitetspulje er midlerne fra puljen *de facto* indlagt i regionernes og dermed i sygehusenes årlige budgetter, og derfor vil det opleves som et tab, hvis regionen ikke når op til loftet for den statslige aktivitetspulje. Dette tab vil i første omgang være et likviditetstab for regionen, men det vil det efterfølgende år blive omsat til budgetændringer og besparelser på sygehusene.

De økonomiske styringsinstrumenter har i praksis ofte indbygget elementer fra de øvrige typer af styringsinstrumenter, hvorfor det er vanskeligt at analysere effekterne af det enkelte styringsinstrument. Ændres aktivitetspuljen eksempelvis, så aktiviteten afregnes med 20 % i stedet for 40 %, vil det nødvendigvis ikke have en stor betydning for virkningen af styringsinstrumentet, da det snævre driftsøkonomiske element formodentlig ikke alene er afgørende for, om sygehuset/afdelingen vælger at ændre aktiviteten.

Evalueringer af de enkelte styringsinstrumenters virkning udfordres af, at mange af styringsinstrumenterne løbende tilpasses i forhold til det ønskede formål, den oplevede effekt, dets bivirkninger og de omgivende styringsudfordringer. Offentliggørelse af data om kvalitet i det danske sundhedsvæsen har fx gennemgået en rejse fra primitive indikatorer, der skulle understøtte patienternes valg af behandlingssted, til i dag at være et styringsinstrument mellem staten og regionerne i forhold til at implementere overordnede statslige prioriteringer om alt fra fx brugen af tvang i psykiatrien til erhvervsdeltagelsen for behandlede patienter. Når det enkelte styringsinstruments effekt søges vurderet, vil dette typisk ske i lyset af de mål, der er opstillet i forhold til brugen af det enkelte styringsinstrument. Men da målet med et givet styringsinstrument ikke nødvendigvis er entydigt i hele perioden, samtidig med at ændringer i udmøntningen forandres, kan det være vanskeligt at vurdere, i hvilken grad målet er blevet indfriet.

Over tid erstatter nogle styringsinstrumenter andre, bl.a. fordi effekten af de enkelte styringsinstrumenter mindskes over tid (s. 9 i (14)). At et styringsinstrument udfases kan således ikke ligestilles med, at styringsinstrumentet ikke har fungeret hensigtsmæssigt, eller at det var en fejl at implementere det. For eksempel kan den mindre grad af anvendelse af akkreditering af sygehusene i dag end tidligere ikke tolkes i retning af, at styringsinstrumentet fejlede. Akkreditering af sygehusene medførte en række kvalitetstiltag på de danske sygehuse, men de største gevinster blev formodentlig høstet ved de første akkrediteringsrunder. Tanken bag meget kvalitetsarbejde er da også, at det ikke anvendes som en tjekliste, men at ideerne gradvist internaliseres som en del af virksomhedens kultur, hvorfor relevansen af den formelle brug af styringsinstrumentet på sigt bliver unødvendig.

Den relative vigtighed af de politiske styringsmål har også betydning for styringsinstrumenternes udvikling. I begyndelsen af årtusindet var ventetid den absolut største politiske udfordring for sundhedsvæsenet. Aktiviteten i sundhedsvæsenet blev løftet markant via brug af takststyring, produktivitetskrav og patienternes ret til at benytte fritvalgsordninger, hvilket gradvist løste problemstillingen. En afledt konsekvens var dog hastigt stigende sundhedsudgifter og en bekymring om, hvorvidt den stigende aktivitet altid var hensigtsmæssig i et sundhedsøkonomisk perspektiv. Efter finanskrisen blev lav vækst i sundhedsudgifterne en stigende politisk prioritet, hvor brugen af aktivitetspuljer og produktivitetskrav blev tilpasset, så de aktivitetsdrivende elementer blev forsøgt imødekommet med

eksempelvis sammedagspakker, takster for telemedicin og registrering af ambulante behandling under indlæggelse. Senest er styringsinitiativer som værdibaseret styring, populationsansvar mv. kommet mere i fokus, men implementeringen af de bagvedliggende intentioner for disse styringsinstrumenter er udfordret af manglende alternativer til at vurdere værdien af sundhedsbehandlingen, og der er også et iboende krav om en øget balancering med et fortsat aktivitetsfokus.

Der findes således ikke et perfekt styringsinstrument, men der er knyttet fordele og ulemper til det enkelte styringsinstrument, og det fungerer altid i et samspil med andre styringsinstrumenter. Sammenhængene mellem de forskellige styringsinstrumenter gør endvidere, at det er meget vanskeligt kategorisk at vurdere det enkelte styringsinstruments effekter, da betydningen af det enkelte styringsinstrument skal ses i forhold til samspillet med de øvrige styringsinstrumenter.

2.2.4 National styring og lokal tilpasning

Alle statslige styringsinstrumenter skal forvaltes i den regionale styringskæde, og styringsinstrumenterne kan give forskellige rammer, muligheder og behov for lokal tilpasning og prioritering. I dette afsnit drøftes nogle overordnede betragtninger, som kan have betydning for de reelle muligheder for lokal tilpasning og prioriteringsrum.

Styringsinstrumenter med økonomiske incitamenter fra stat til region udstikker nogle mekanismer, hvoraf der også følger mulighed for at øge eller mindske den økonomiske ramme i den enkelte region. Med en økonomisk tilskyndelse følger også en økonomisk risiko for, at regionens udmøntning påvirker regionernes økonomiske råderum. Hvis regionerne afviger fra de økonomiske incitamenter, som de som region står over for fra staten, så vil sygehusene følge regionens incitamenter. Hvis sygehusenes produktion – med regionens incitamenter – ikke samlet imødekommer kravene fra stat til region, så påvirker det regionens samlede økonomiske råderum. Regionen står derfor potentielt over for et strategisk valg mellem at videreføre incitamenter i det statslige styringsinstrument mod at lave en lokal tilpasning, som afviger fra incitamenterne fra stat til region.

Den statslige aktivitetspulje er et eksempel på denne afvejning. Den statslige aktivitetspulje – baseret på DRG-systemet – rummer en række indbyggede økonomiske incitamenter. Det er derfor også tydeligt, at regionernes implementering af aktivitetsbestemt afregning af sygehusene forholdsvis tæt har fulgt rammerne i den statslige aktivitetspulje. Der har imidlertid også været variationer i vægtingen af konkrete elementer i regionernes konkrete udmøntning, som dog stadig overordnet set opfylder kravet om at øge aktiviteten på sygehusene i overensstemmelse med den måde, som den statslige aktivitetspulje udmøntes på. For store afvigelser fra den statslige aktivitetspulje giver potentielt en økonomisk udfordring, hvis en region med økonomiske satsninger fremmer aktiviteter, som ikke opgøres i de gældende aktivitetsopgørelser, eller hvis aktiviteterne opgøres med væsentligt lavere takst end regionens omkostninger.

Styringsinstrumenter med opgørelser af indikatorer kan give anledning til samme type af problemstilling. Det kan være vanskeligt ikke at videreføre statslige indikatorer ned igennem systemet (hvilket typisk også er intentionen i den statslige styring), da omdefinering af indikatorer eller valg af andre indikatorer betyder, at reaktionerne potentielt afviger fra målopfyldelsen i den statslige indikator. Fravalg eller omdefinering af indikatorer betyder potentielt, at målopfyldelsen af de statsligt definerede indikatorer svækker opfyldelsen af regionalt definerede indikatorer, hvilket får regionen til at stå dårligere i opgørelser. Derved kan det være vanskeligt med lokal tilpasning og prioritering, medmindre indikatoren har karakter af aggregerede outcome-mål, hvor der kan være mange veje til målopfyldelse på indikatoren. De nationale mål er netop et forsøg på at definerede aggregerede outcome-mål, som ikke hindre muligheden for regional tilpasning og prioritering, men tværtimod kræver, at indikatorerne brydes ned i regionalt tilpassede indikatorer.

Regler og standarder kan begrænse mulighederne for regional tilpasning og prioritering. Når regler og standarder bliver defineret som specifikke lovpligtige regler på tværs af områder, så vil de uundværligt give mindre mulighed for tilpasning og prioritering. Som eksempel gælder patientrettigheder på tværs af alle sygdomsområder, og de lovfæstede tidsgrænser hæmmer mulighederne for regional tilpasning og prioritering, om end der er meget betydelige frihedsgrader til at finde forskellige veje til at opfylde patientrettighederne. Regler og standarder kan derfor også defineres som rammer, som skal udfyldes med lokalt specificerede aftaler, hvor der er opstillet nogle generelle kriterier og krav til udmøntning. Sundhedsaftaler med kommunerne og udmøntningen af specialeplanens krav til regionsfunktioner har denne karakter.

Nogle statslige rammer kan indføres som vejledende rammer eller målsætninger, men hvis de samtidig følges op med hård monitorering, kan det være vanskeligt at adskille vejledende målsætninger fra egentlige statslige krav. Målsætningerne for pakkeforløb og monitoreringen af disse kan være et eksempel på, at det kan være vanskeligt at adskille vejledende krav fra egentlige krav fra staten til regionerne.

Ned gennem styringskæden fra stat til sygehusafdeling oversættes styringsinstrumenterne til ledelsesredskaber. Især lokalt på sygehus- og afdelingsniveau er det helt centralt for udmøntningen af de statslige styringsinstrumenter, at de oversættes til ledelsesredskaber, der dels sikrer understøttelse af målsætningerne for styringsinstrumenterne, dels sikrer den nødvendige lokale tilpasning.

2.3 Afrundende kommentarer

De statslige styringsinstrumenter skal, som det fremgår af ovenstående diskussion, ses i en helhed, hvor adfærdspåvirkningerne og dermed effekterne af det enkelte styringsinstrument ikke entydigt kan isoleres fra de øvrige. For at kunne foretage en samlet vurdering af de statslige styringsinstrumenter – herunder en vurdering af, hvorvidt de understøtter, er en forudsætning, komplementerer hinanden eller er i indbyrdes konflikt – er det imidlertid afgørende at have et detaljeret kendskab til de enkelte statslige styringsinstrumenter. Dette kræver indsigt i og forståelse af styringsinstrumentets formål, baggrund, anvendelse, effekt og ikke mindst dets fordele og ulemper. Med udgangspunkt i disse elementer er der i de følgende kapitler en detaljeret beskrivelse af de 11 inkluderede statslige styringsinstrumenter i denne rapport.

3 Nationale mål

Af Kim Rose Olsen

Dette kapitel beskriver styringsinstrumentet ”Nationale mål inkl. centrale løbende opgørelser”. Regeringen, Danske Regioner og KL indgik i april 2016 en aftale om indførelse af 8 specificerede nationale mål for sundhedsvæsenet: 1) bedre sammenhængende patientforløb, 2) styrket indsats for kronikere og ældre patienter, 3) forbedret overlevelse og patientsikkerhed, 4) behandling af høj kvalitet, 5) hurtig udredning og behandling, 6) øget patientinddragelse, 7) flere sunde leveår, 8) mere effektivt sundhedsvæsen. De nationale mål skal bidrage til øget sammenhæng, kvalitet og geografisk lighed for derigennem at skabe forbedringer, der gavner patienten. De nationale mål understøttes af en række indikatorer, der – gennem offentliggørelse – kan vise udvikling/forbedring på de pågældende områder og bidrage til udvikling af nye styringsmodeller i de enkelte regioner og kommuner. De nationale mål indgår på forskellig vis i regionernes politiske vision, driftsaftaler og kvalitetsarbejde, og nye indsatser rettes i stigende grad mod at kunne give effekt på indikatorerne bag målene.

Nedenstående boks giver et overblik over de centrale aspekter i forhold til nationale mål inkl. centrale løbende opgørelser. I de følgende afsnit gives en mere detaljeret beskrivelse.

Centrale aspekter i forhold til nationale mål inkl. centrale løbende opgørelser
<i>Definition</i>
Styringsinstrumentet er etableret i 2016 og defineres ved fastsættelse og offentliggørelse af nationale mål med det formål at styre sundhedsvæsenet i en bestemt retning. De nationale mål er understøttet af en række indikatorer, der offentliggøres halvårligt (dog ikke i 2017) på nationalt plan og løbende på regions- og kommuneniveau. Regioner og kommuner 'oversætter' lokalt de nationale mål i indikatorer og udviklingsmål, der giver mening på det konkrete sygehus, i kommunernes institutioner mv. I dette kapitel afgrænses til nationale mål relateret til kvalitet.
<i>Formål</i>
Formålet er at skabe politisk enighed om retningen for sundhedsvæsenets udvikling. Endvidere er formålet med fastlæggelse og offentliggørelse af nationale mål at skabe en overordnet retning for udvikling af kvalitet og effektivitet, således at alle niveauer i sundhedsvæsenet styrer i samme retning og har en fælles ramme for fortsatte forbedringer.
<i>Styringsinstrumenttype</i>
Synlighed, resultatmåling og benchmarking.
<i>Centrale hensyn, der understøttes</i>
Kvalitet, effektivitet, sammenhæng og geografisk lighed.
<i>Baggrund for indførelsen</i>
Styringsinstrumentets baggrund skal vurderes i forhold til mekanismer, der på nationalt plan har forsøgt at øge incitamenterne til kvalitetsforbedringer gennem offentliggørelse af kvalitetsindikatorer. Disse mekanismer inkluderer: 1) det såkaldte stjernesystem fra 2001 rettet mod at give information til patienterne, 2) akkreditering af sygehuse med fokus på proceskvalitet, 3) det nationale indikatorprogram (NIP), der senere bliver til Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), som offentliggør kliniske kvalitetsindikatorer på specialniveau (fx diabetes, KOL, apopleksi). Mange RKKP-indikatorer indgår som indikatorer for de aktuelle nationale mål, 4) Regeringen og Danske Regioner aftaler at foretage opfølgning på mål og indikatorer for en række udvalgte områder i forbindelse med aftalerne for regionernes økonomi for 2011, 2012 og 2013, 5) Synlighedsreformen, som havde til formål at styrke fokus på sundhedsvæsenets resultater.

Centrale aspekter i forhold til nationale mål inkl. centrale løbende opgørelser
<i>Tilpasninger</i>
Nye indikatorer tilknyttes løbende. For eksempel indgår arbejdsmarkedstilknytning efter indlæggelse fra 2017. Samtidig er der fokus på, at det samlede antal indikatorer er overskueligt, hvilke betyder, at nogle indikatorer vil have en kortere tidsramme for, hvori de er inkluderet.
<i>Anvendelse i dag</i>
De nationale mål er understøttet af en række indikatorer, der offentliggøres halvårligt på nationalt plan og løbende på regions- og kommuneniveau. Regioner og kommuner 'oversætter' og udvikler lokalt de nationale mål i indikatorer og udviklingsmål, der giver mening på det konkrete sygehus, i kommunernes institutioner mv.
<i>Dokumenterede effekt</i>
Det er endnu for tidligt at vurdere effekter og resultater af modellen i Danmark, men modellen tager i princippet – designmæssigt – højde for mange af de faldgruber, der er nævnt i litteraturen. Der er generelt blandet evidens for effekten af offentliggørelse af kvalitetsmål på sundhedsprofessionelles adfærd, men ressourcepersoner i andre lande har anekdotisk evidens i nogle tilfælde. Aggregeret national offentliggørelse af kvalitetsindikatorer er ikke tilstrækkeligt til at opnå ændringer af sundhedsprofessionelles adfærd. Det er vigtigt, at der sikres udvikling af lokale mål, og at disse mål bruges aktivt i forhold til feedback til de sundhedsprofessionelle. De aggregerede mål kan derimod bidrage til at bibeholde fokus på geografisk lighed og reduktion af variation. Der er igangsat en række indsatser lokalt med de nationale mål i fokus.
<i>Implikationer for regionernes styring</i>
Det er afgørende for styringsinstrumentets effekt, at det videreføres fra regionerne ud til de enkelte udbydere af sundhedsydelser (sygehuse, ældrepleje m.m.). Instrumentet baserer sig på en 'nedsvigningseffekt', hvor de nationale mål giver anledning til indsatser rettet mod områder, hvor kvaliteten kan forbedres, og hvor der igangsættes en forbedringsproces forankret i de lokale miljøer. Regionerne får således en rolle i at sikre, at de lokale udbydere igangsætter interventioner, der er rettet mod de nationale indikatorer.
<i>Fordele</i>
Instrumentet har fokus på kvalitet og på motivationen til at skabe effekt for patienten. Det er en fordel, at instrumentet er rettet mod de sundhedsprofessionelle frem for patienterne, og at det indgår i et større kvalitetsprogram med understøttende elementer som fx ledelsesudvikling og lærings- og kvalitetsteams. Det er en fordel, at der fokuseres på lokal forankring og fleksibilitet, og at der er fokus på, at områder, der initialt er svære at opstille indikatorer for, også inddrages.
<i>Ulemper</i>
Instrumentets effekt for patienterne er baseret på komplekse sammenhænge, og det kan være svært at lære af de gode eksempler, hvis en årsag-effekt ikke kan påvises. Manglende risikojustering kan resultere i fejlslutninger, og der er risiko for, at områder, der ikke kan måles, negligeres. Endelig er der en risiko for strategisk adfærd i form af patientselektion. Det er en ulempe, at der ikke er systematisk fokus på monitorering af potentielt utilsigtede konsekvenser, således at dette kan identificeres og reduceres.

3.1 Formålet med nationale mål inkl. centrale løbende opgørelser

De 8 nationale mål er i princippet fokuseret på tre dimensioner og ikke kun på kvalitet. De tre dimensioner er bedre kvalitet, sammenhæng og geografisk ulighed. Målene kan ikke isoleres til én af de tre overordnede dimensioner, men kan være rettet mod flere, ligesom de underliggende indikatorer også kan være associeret med flere af de overordnede.

Offentliggørelse af kvalitetsmål er ikke nyt – fx har RKKP i mange år offentliggjort årsrapporter for de kliniske databaser. Det nye i instrumentet er, at der er udvalgt 8 nationale mål, som regeringen, Danske Regioner og KL er enige om skal danne baggrund for udviklingen af sundhedsvæsenet, og

at der er koblet en række indikatorer på disse mål, som offentliggøres. Da det centrale ved styringsinstrumentet er, at indikatorerne offentliggøres, er det centralt at diskutere formålet med offentliggørelse af performancemål helt generelt. Formålet med offentliggørelse af kvalitetsmål kan generelt inddeles i seks kategorier (16):

1. At give brugerne og deres pårørende indblik i kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser
2. At danne grundlag for et effektivt og kvalificeret valg for patienter
3. At danne grundlag for fagprofessionelles henvisninger til andre fagprofessionelle
4. At stimulere producenter til forbedringer ved positiv vs. negativ omtale (sammenligningskonkurrence)
5. At danne grundlag for at lære af de bedste med henblik på forbedringer for patienten
6. Politisk kontrol, prioritering og ansvarlighed.

Offentliggørelse af kvalitetsmål kan altså i princippet rettes mod brugerne af sundhedsvæsenet (pkt. 1-2), mod udbydere af sundhedsydelser (pkt. 3-5), eller benyttes som kontrolinstans (pkt. 6) (16-18). Der er i den aktuelle definition og anvendelse af de nationale mål fokuseret på at udvikle kvaliteten ved at skabe en forbedringsdagsorden blandt udbydere af sundhedsydelser og i mindre grad fokuseret på at forbedre kvaliteten ved at rette offentliggørelsen direkte mod brugere af sundhedsvæsenet. Nedenfor beskrives kort den teoretiske baggrund for at benytte offentliggørelsesinstrumentet rettet mod henholdsvis brugere og udbydere.

Rettes de offentliggjorte kvalitetsmål mod udbydere af sundhedsydelser, er der overordnet to teorier om, hvordan det kan bidrage til at øge kvaliteten. Den første bygger på en antagelse om, at man ved at skabe synlighed om den værdi, der skabes for patienterne, bevirker en kvalitetsudvikling baseret på et ønske hos de sundhedsprofessionelle om at forbedre patientens helbredstilstand (17, 19, 20). En styringsmodel, der er baseret på stimulering af udbydernes ønske om at gøre en forskel for patienten, behandles i litteraturen bl.a. under begrebet intrinsisk motivation. Som det vil fremgå af afsnit 3.3, er der mange elementer i anvendelse af styringsinstrumentet, der kan relateres til denne teori – ikke mindst det øgede fokus på patientrapporteret outcome (PRO).

En anden teori baserer sig på den konkurrencesituation, der kan opstå mellem udbydere, når deres performance offentliggøres. Denne teori kaldes også *'yardstick competition'* eller sammenligningskonkurrence (16, 21). I princippet bør offentliggørelse af kvalitetsindikatorer i denne tilgang ske på udbyder niveau, dvs. hospitals-, eller kliniskniveau, frem for på geografisk niveau, om end der også kan opstå konkurrence på kommune- og regionsniveau.

Rettes de offentliggjorte kvalitetsmål derimod mod brugere af sundhedsvæsenet, er teorien, at de får mulighed for at vælge de udbydere af sundhedsydelser, der har den bedste kvalitet. Dette skaber konkurrence og vil forbedre kvaliteten ved at skabe gennemsigtighed og efterspørgsel efter høj kvalitet. Denne form for styring kendes fx fra hotel- og restaurationsbranchen, men har også været anvendt i det danske sundhedsvæsen under det såkaldte stjernesystem. Dette system er kort beskrevet i afsnit 3.3. Et Cochrane-review fra 2011 konkluderer, at der er vag evidens for ændringer af kvalitet gennem offentliggørelse rettet mod brugerne (17). Eller som udtrykt i en rapport fra WHO viser en markedsundersøgelse, at borgere bruger mere tid på at undersøge markedet, når de køber et køleskab eller en bil, end når de skal på hospitalet (22). Dette skyldes potentielt, at brugerne har bedre muligheder for at sammenligne andre produkter, da adgangen til fakta om forskelle mellem sygehuse er mindre tilgængelige.

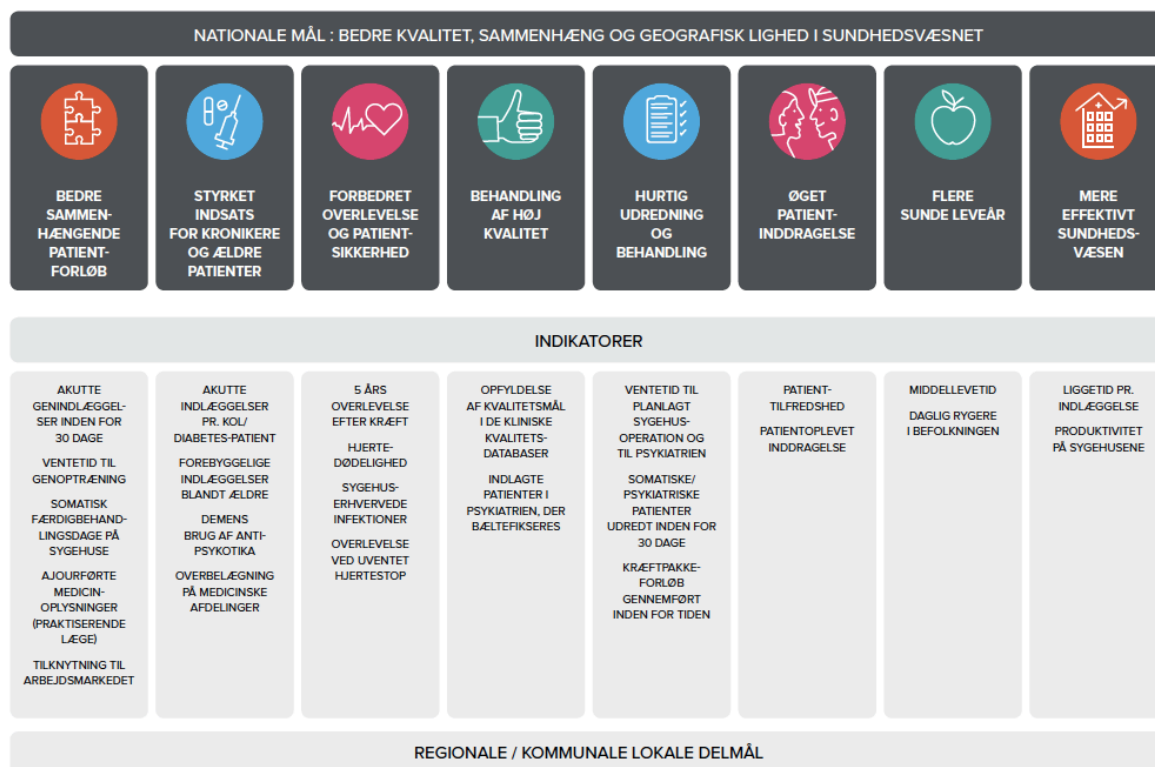
På baggrund af ovennævnte karakteristik af potentielle formål med offentliggørelse af nationale mål og på beskrivelsen af den aktuelle anvendelse af instrumentet i afsnit 3.3 er det tydeligt, at formålet

med den aktuelle offentliggørelse af de nationale mål er rettet mod udbydere af sundhedsydelse og ønsket om at skabe en forbedringskultur, der gavner patienterne. Endvidere er formålet at skabe politisk enighed om retningen for sundhedsvæsenets udvikling (23).

Formålet med fastlæggelse og offentliggørelse af nationale mål er at skabe en overordnet retning for udviklingen af kvalitet og effektivitet i sundhedsvæsenet, således at alle niveauer i sundhedsvæsenet styrer i samme retning og har en fælles ramme for fortsatte forbedringer. De nationale mål har endvidere til formål at skabe plads og faglig motivation for ledelse og medarbejdere til at skabe forbedringerne til gavn for patienterne samt skabe afbureaukratisering (ibid.).

Figur 3.1 viser de 8 nationale mål og de indikatorer, der p.t. offentliggøres (24).

Figur 3.1 De 8 nationale mål og aktuelle indikatorer



Kilde: (24).

3.2 Baggrunden for nationale mål inkl. centrale løbende opgørelser

Styringsinstrumentets baggrund skal ses i forhold til mekanismer, der på nationalt plan har forsøgt at øge incitamenterne til kvalitetsforbedringer gennem offentliggørelse af kvalitetsindikatorer. Hvis man starter ved det såkaldte stjernesystem fra 2006, begynder den historiske udvikling med et system, stjernesystemet, som tog udgangspunkt i at skabe konkurrence om patienter via det frie sygehusvalg. Blandt andet efter erkendelse af, at patienterne kun i begrænset omfang brugte stjernesystemet (25), blev dette erstattet af en akkrediteringsdagsorden baseret på proceskvalitet. Akkreditering baseret på proceskvalitet bygger på en implicit antagelse om, at proceskvalitet fører til bedre outcome, og udfasningen af sygehusakkreditering i 2015 og initiering af de nationale mål med fokus på outcome kan ses som en erkendelse af, at akkrediteringsdagsordenen havde nået sit maksimale potentiale.

Formålet med kapitlet er at sætte det betragtede styringsinstrument ind i en historisk kontekst snarere end at beskrive de tidligere programmer. Der henvises til relevant litteratur for uddybning heraf.

Det Nationale Indikator Projekt (NIP) etableres i 2000 med det formål at støtte kontinuerlig sundhedsfaglig kvalitetsudvikling, befordre ligeværdig dialog mellem fagpersoner og beslutningstagere i sundhedsvæsenet og øge gennemskeligheden af de sundhedsfaglige ydelser for borgerne (26). NIP beskæftigede sig udelukkende med den faglige kvalitet – ikke med den brugeroplevede eller organisatoriske kvalitet.⁴ Alle offentlige sygehuse deltog i NIP, og de indsamlede kvalitetsindikatorer blev sendt tilbage som feedback til de enkelte afdelinger. KREVI har evalueret effekten af NIP og konkluderer, at offentliggørelsen i to ud af fire tilfælde har haft en positiv effekt, samt at de utilsigtede konsekvenser var minimale (27). Det fastslås, at effekten er betinget af den organisatoriske kontekst, og at eksternt pres fra politikere eller forvaltningen kan bidrage positivt. NIP blev i 2010 afløst af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), som er en central del af det aktuelle offentliggørelsesprogram, da en række af de indikatorer, der indgår, stammer fra RKKP-databaserne.

Akkreditering af de danske sygehuse gøres obligatorisk i 2009 og udfases i 2015. Akkrediteringsprocessen fokuserede på proceskvalitet og offentliggørelse heraf. Studier har vist, at akkreditering på nogle områder førte til målbare forbedringer af proceskvaliteten, mens resultaterne var mere uklare omkring, i hvilket omfang dette påvirkede den behandlingsmæssige kvalitet (28). I 2015 blev der taget en beslutning om at udfase akkrediteringsordningen (29). Offentliggørelse af de nationale mål adskiller sig fra akkreditering ved at tage udgangspunkt i outcome-baserede indikatorer frem for procesindikatorer.

Regeringen og Danske Regioner aftalte i forbindelse med regionernes økonomi for 2011, 2012 og 2013, at der skulle foretages opfølgning på mål og indikatorer for en række udvalgte områder. Eksempelvis indgik indikatorerne kortere indlæggelsestider og færre uhensigtsmæssige genindlæggelser. Endvidere aftalte regeringen, Danske Regioner og KL med økonomiaftalen for 2014 en synlighedsreform, som havde til formål at styrke fokus på sundhedsvæsenets resultater. De nationale mål og den systematiske brug af data (opfølgning) relaterer sig således til principperne bag Synlighedsreformen om relevant dokumentation af sundhedsvæsenet, åbenhed om resultater og fokus på forbedring af indsats (23).

Historisk baggrund for de nationale mål

2000:	Det Nationale Indikator Projekt (NIP) etableres
2006:	Stjernesystem introduceres, men nedlægges som generelt styringsinstrument i januar 2009, bl.a. på baggrund af en vurdering af, at det kun bruges i beskedent omfang (25)
2009:	Akkreditering obligatorisk for offentlige sygehuse. Fokus på proceskvalitet
2010:	Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) afløser NIP
2011-13:	Opfølgning på mål og indikatorer på en række udvalgte områder aftalt mellem Regeringen og Danske Regioner i de årlige økonomiaftaler
2014:	Synlighedsreform på sundhedsområdet
2015:	Akkreditering på sygehusene udfases
2016:	Nationale mål og indikatorer baseret på outcome-indikatorer. Igangsætning af PRO.

⁴ Følgende sygdomsområder indgik: mave-tarm-kirurgi, apopleksi, hjerteinsufficiens, hoftenære frakturer, skizofreni, lungecancer, diabetes, KOL, fødsler, depression (27).

3.3 Anvendelsen af nationale mål i dag

Styringsinstrumentet er etableret i 2016 og defineres ved fastsættelse og offentliggørelse af nationale mål med det formål at styre sundhedsvæsenet i en bestemt retning (30). De nationale mål er understøttet af en række indikatorer, der offentliggøres halvårligt på nationalt plan og løbende på regions- og kommuneniveau. Regioner og kommuner 'oversætter' og udvikler lokalt de nationale mål i indikatorer og udviklingsmål, der giver mening på det konkrete sygehus, i kommunernes institutioner mv. I dette afsnit afgrænses til nationale mål relateret til kvalitet.

Styringsinstrumentet er altså forholdsvis nyt, og ingen studier beskriver konkret, hvordan de nationale mål og centralt offentliggjorte indikatorer anvendes i regioner, på sygehuse m.m. Der er dog klare hensigtserklæringer i de dokumenter, der er blevet offentliggjort i forbindelse med styringsinstrumentet (30;24), og en række cases er beskrevet (24). I dette afsnit fokuseres på nogle af de overordnede elementer, der er beskrevet omkring hensigten med styringsinstrumentet, og som vil have stor betydning for den konkrete anvendelse og for effekten af styringsinstrumentet.

3.3.1 Nationale mål er en del af et større kvalitetsprogram

Offentliggørelse af nationale mål er en del af Det Nationale Kvalitetsprogram (24). Programmet indeholder, ud over offentliggørelse af indikatorer for de nationale mål, en række elementer som fx et nationalt ledelsesprogram, lærings- og kvalitetsteams, dialogpanel, værdibaseret styring og bedre brug af data. Der kan læses mere om disse elementer i (24) – her skal det blot konstateres, at styringsinstrumentet indgår sammen med en række andre elementer som initiativ til indførelse af en forbedringskultur til gavn for patienten. Det vil være afgørende for effekten af instrumentet, at det ikke står alene, men understøttes af andre tiltag (18).

3.3.2 Offentliggørelser skal initiere en forbedringskultur

Styringsinstrumentet har været anvendt i ganske kort tid, og der er – bortset fra en række case-beskrivelser – ikke et samlet overblik over, i hvilket omfang målene er integrerede i regioner, kommuner mv., men i lanceringen af styringsinstrumentet er der lagt op til en nedsivningseffekt, som i sidste ende skal gavne patienten – jf. Figur 3.2.

Figur 3.2 Anvendelse af de nationale mål



Kilde: (24).

Nøgletal for de nationale mål for sundhedsvæsenet offentliggøres løbende (kvartalvis) på Danske Regioners hjemmeside. Endvidere er der i 2017 udgivet to rapporter, der viser udviklingen i indikatorerne over tid og variation på regionalt og kommunalt niveau (24; 31). I de offentliggjorte mål på regions- og kommuneniveau er der især fokus på de gode historier og på indikatorer, hvor der har været en positiv udvikling. Dette kan inspirere andre til at lære af de gode eksempler, men det er ikke klart, hvordan denne proces skal initieres, eller i hvilket omfang der "samles op" på områder med dårlig performance.

Hvis offentliggørelse skal føre til en forbedringskultur, er det vigtigt, at indikatorerne også opgøres på et lavere niveau end regioner og kommuner, og at der sikres feedback til de sundhedsprofessionelle. Der er dokumenterede eksempler på, at de nationale mål bliver inddraget i ledelsesinformationssystemet på sygehusene (24). Denne type feedback til de sundhedsprofessionelle er afgørende for, at instrumentet skal have en effekt. Evidensen bag effekten af feedback til sundhedsprofessionelle beskrives i næste afsnit.

En vigtig pointe i forhold til værdien af at offentliggøre aggregerede indikatorer på regions- og kommuneniveau er, at selvom det ikke umiddelbart skaber relevant viden på udbyderniveau (hospitals- eller klinikniveau), så giver det værdi i forhold til sundhedsvæsenets fokus på lighed. Variationsanalyser er helt centrale i forhold til udvikling af og fokus på lige adgang til god kvalitet (32).

3.3.3 Udvikling af instrumentet

I lanceringen af de nationale mål er der lagt op til fleksibilitet og udvikling af lokale indikatorer, der støtter op om de nationale mål.

Siden igangsættelsen i 2016 er der udarbejdet fire nye indikatorer, og det er målsætningen, at der udarbejdes indikatorer for det sammenhængende sundhedsvæsen, for almen praksis og psykiatrien (33). De fire nye indikatorer er:

- Demens: Indikator for brugen af antipsykotisk medicin blandt mennesker med demens.
- Ny belægningsindikator: Indikator for andelen af sengedage, der har været overbelægningsdage.
- Overlevelse ved uventet hjertestop: Indikator for andelen af patienter, som overlever mindst 30 dage efter uventet hjertestop.
- Tilknytning til arbejdsmarkedet: Indikator for borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet efter indlæggelse for et sygdomsforløb.

Den nye indikator "tilknytning til arbejdsmarkedet" er interessant, idet der lægges op til et kvalitetsmål, der i realiteten har stor kontakthorisont med socialområdet. Arbejdsmarkedstilknytning kan være et fint mål for patienters funktionsniveau og er dermed et meget relevant sundheds-outcome. I forhold til implementering og anvendelse af de nationale mål er det dog værd at bemærke, at der i 2015 også er opstillet nationale mål på det sociale område (34), og at der her i udpræget grad er fokus på arbejdsmarkedstilknytning for udsatte borgere. Målgrupperne i de nationale mål på sundheds- og på socialområdet er forholdsvis klart defineret, men det er uklart, i hvilket omfang der er overlap mellem socialt udsatte borgere på den ene side og patienter med mulighed for kvalitetsforbedring på den anden side. Det vil være hensigtsmæssigt, at der i implementeringen af de nationale mål tages højde for sammenfald. Den berømte risiko for silotænkning kan med andre ord med fordel allerede forebygges ved offentliggørelsen af nationale mål.

3.3.4 Grafisk fremstilling

Den grafiske fremstilling af de nationale indikatorer er vigtig (16). Offentliggørelse af nationale mål er i høj grad en formidlingsopgave, og effekten hænger sammen med, om offentliggørelsen "rammer" dem, den er intenderet til at ramme. Udviklingen i indikatorerne følges med trafiklys og grafik om retningen siden sidste måling. Dette giver et hurtigt overblik over udviklingen og på variationen mellem regioner/kommuner.

Figur 3.3 Eksempel på grafiskfremstilling

MÅL	INDIKATORER	HELE LANDET	NORDJYLLAND	MIDTJYLLAND	SYDDANMARK	HOVEDSTADEN	SJÆLLAND
 <p>STYRKET INDSATS FOR KRONIKERE OG ÆLDRE PATIENTER</p>	Akutte indlæggelser pr. 1.000 KOL-patient, antal ¹	570 ↗	476 ↗	533 ↘	466 ↗	696 ↗	617 ↘
	Akutte indlæggelser pr. 1.000 diabetes type 2-patient, antal ¹	366 ↗	307 ↗	351 ↘	295 ↗	440 ↗	389 ↘
	Forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre (65+), antal ¹	61,6 ↗	50,3 ↗	53,6 ↗	59,1 ↗	74,2 ↗	61,8 ↘
	Overbelægning på medicinske afdelinger på de offentlige sygehuse, pct. ⁵	0,27 ↗	0,83 ↘	0,40 ↗	0,11 ↗	0,19 ↘	0,08 ↘
	Andel borgere med demens, antipsykotika, pct.	20 ↘	16 ↘	19 ↘	21 ↘	23 ↘	17 ↗

Kilde: Udsnit af tabel 1 i (24).

Figur 3.3 viser et eksempel på den grafiske fremstilling af indikatorerne. Pilen indikerer retningen for udviklingen i forhold til den foregående måling, mens farvekoderne indikerer følgende: grøn indikerer en positiv udvikling, og at det opnåede resultat ligger over landsgennemsnittet; rød indikerer en negativ udvikling, og at det opnåede resultat ligger under landsgennemsnittet; gul indikerer enten en positiv udvikling, men at resultatet ligger under landsgennemsnittet, eller en negativ udvikling, men at resultatet ligger over landsgennemsnittet.

Den grafiske fremstilling giver umiddelbart et hurtigt overblik over udviklingen. Ulempen ved den anvendte rød/gul/grøn-mærkning er imidlertid, at farvekoderne, jf. ovenstående beskrivelse, sammenblander position i forhold til landsgennemsnit og egen udvikling siden sidste måling. Farvekoderne påvirkes således af, at landsgennemsnittet ændrer sig. Denne kompleksitet udfordrer formidlingen af resultaterne til slutbrugerne, dvs. patienter, sundhedspersonale, journalister og politikere. Endvidere er der risiko for, at der mistes nuancer i forhold til den enkelte indikator eller i forhold til kompleksiteten – fx i forhold til sammenhænge mellem de forskellige indikatorer. Er det fx god kvalitet med udskrivning af mere antipsykotika til demente – eller er det bedre med mindre? I de nationale mål er det besluttet, at det er positivt, hvis anvendelsen af antipsykotika nedbringes, men der vil nok være delte meninger herom, og det vil sandsynligvis være afhængigt af sværhedsgraden af demenssygdommen.

En vigtig observation er, at mål og indikatorer kan have komplekse sammenhænge, som man ikke nødvendigvis kender på forhånd. Der besværliggør selvfølgelig fortolkningen. For eksempel viser et nyt studie fra England, at en del af stigningen i akutte genindlæggelser skyldes forbedring af overlevelseshraten ved svær sygdom (35). Det betyder altså, at dårlig performance i forbindelse med akutte (gen)indlæggelser kan skyldes god performance på overlevelsesindekatorerne. Det er i sig selv ikke et problem med en "negativ" sammenhæng mellem to indikatorer, men det kan føre til fejlslutninger, hvis man ikke er bevidst herom og nuanceret i sin fortolkning. Problemstillingen om sammenhæng mellem indikatorer gælder selvfølgelig også i relation til sammenhænge mellem de valgte indikatorer og ikke-målbare indikatorer. En positiv udvikling i de målbare indikatorer kan således være komplementære eller substituerende til ikke-målbare kvalitetsdimensioner, hvilket yderligere komplicerer fortolkningen.

3.3.5 Anvendelse sammenlignet med andre lande

Rambøll et al. (36) har gennemgået en række styringsmekanismer i Norge, Skotland, England, Finland, Sverige og Holland. Rapporten gennemgår en række initiativer og har interviewet centrale ressourcepersoner i de enkelte lande. To svenske og et skotsk initiativ klassificeres under overskriften "offentlige sammenligninger". Disse tre programmer sammenlignes kort med det danske program med henblik på læring i forhold til anvendelse- og implementering af instrumentet. Der henvises til rapporten for en udførlig beskrivelse.

I Sverige indførtes programmet "Oppna jämförelser" i 2006. I 2012 indeholder programmet 169 indikatorer, der offentliggøres på landstingsniveau. Formålet med "Oppna jämförelser" er sammenligneligt med det danske program. Der er udpræget fokus på sygehussektoren, og primærsektoren er i mindre grad inkluderet. En vigtig læring har været, at det tager tid at etablere et så omfattende program og skabe accept af det blandt de sundhedsprofessionelle. Det er nødvendigt løbende at tilpasse programmet, så der sikres forankring hos de sundhedsprofessionelle (ibid.).

Et andet svensk eksempel er programmet Åbenhed og kvalitet på S:t Görans Sjukhus – et privatrevet sygehus i Stockholm. Programmet er drevet af stram kvalitetsstyring baseret på lean, offentliggørelse af og styring efter indikatorer. Konkret kobling mellem offentliggørelse af kvalitetsmål og lean er en væsentlig forskel fra det danske model, om end der jo ikke er noget, der hindrer, at dette gøres lokalt i Danmark for at skabe synergi med andre styringsmekanismer – fx offentliggørelse af produktivitetsmål. Ressourcepersoner fra S:t Görans Sjukhus fremhæver, at kommunikation mellem de sundhedsprofessionelle er helt central, hvilket gør de danske kvalitets- og læringsteams væsentlige. Anekdotisk vurdering af effekten på S:t Görans Sjukhus tyder på, at omkostningseffektiviteten er steget, medarbejdertilfredsheden er steget, og sygehuset ligger – sammenlignet med andre svenske sygehuse – i den gode ende i forhold til performance på kvalitetsindikatorerne.

Health Quality Strategy and Outcomes Framework blev indført i Skotland i 2010. Det er et omfattende og ambitiøst program, der inkluderer offentliggørelse af indikatorer på alle niveauer i sundhedsvæsenet. Der er tale om indikatorer relateret til både proceskvalitet og outcome. Vigtige læringspunkter fra de skotske erfaringer er: 1) alignment mellem det statslige og regionale niveau kan være problematisk, 2) omfanget af indikatorer kan vokse voldsomt, og det kan give mening at fjerne nogle, når nye kommer til, 3) datakvaliteten kan være et problem og kan betyde, at vigtige områder udelades på grund af mangel på data. Der er ikke gennemført egentlige effektstudier, men centrale resourcepersoner vurderer, at der er sket store fremskridt både i indikatorernes udvikling og i datakvaliteten (ibid.). Programmet adskiller sig fra det danske ved, at der i praksissektoren har været suppleret med finansielle incitamenter rettet mod opnåelse af performancemål. Den seneste udvikling i Skotland peger på, at 'pay for performance' afløses af mere fokus på kontinuitet i behandlingen, adgang og kvalitetsudvikling i klynger. Der er en stor mængde litteratur om effekten af pay for performance, men evidensen er blandet og præget af dårligt designede studier (12,14,15,37,38). En vigtig pointe er, at pay for performance-programmer pr. definition vil indeholde en eller anden form for kvalitetsoffentliggørelse (privat eller offentlig), og at det ikke er muligt at adskille effekten fra dette og de finansielle incitamenter. Det er dermed uklart, hvilke effekter der skyldes finansielle incitamenter, og hvilke der skyldes kvalitetsfeedback.

3.4 Effekt og resultat af nationale mål inkl. centrale løbende opgørelser

Når man skal vurdere effekten af et styringsinstrument, er det vigtigt at huske på, hvad formålet med instrumentet var. Som nævnt i afsnittet om formål og definition er formålet med fastlæggelse og offentliggørelse af nationale mål "at skabe en overordnet retning for udvikling af kvaliteten og effektiviteten i sundhedsvæsenet, således at alle niveauer i sundhedsvæsenet styrer i samme retning og har en fælles ramme for fortsatte forbedringer". Dette formål bør i princippet vurderes ved en proces- eller implementeringsevaluering af, om der sker ændringer i alle led i sundhedssektoren, der trækker i samme retning. I sidste ende vil opnåelse af formålet selvfølgelig også forventes at føre til målbare forbedringer af indikatorerne for de nationale mål – dvs. forbedringer i patienternes outcome.

Sundhedsministeriet et al. (24) beskriver en række casestudier relateret til offentliggørelse af de nationale mål. Casestudierne er eksempler på den nedsivningseffekt, der er helt central for, at instrumentet får effekt. Centrale spørgsmål i relation til at vurdere effekten af styringsinstrumentet "offentliggørelse af nationale mål" er: 1) om de nævnte cases er relateret til instrumentet, eller om de ville have været gennemført uanset beslutningen om offentliggørelse af de nationale indikatorer for de 8 nationale mål, og 2) om offentliggørelse af de nationale indikatorer påvirker de sundhedsprofessionelle, så de gør det endnu bedre i de lokale indsatser.

Disse spørgsmål er selvfølgelig svære at svare på uden dialog med aktørerne i de enkelte cases. Umiddelbart har de nævnte cases tilknytning til styringsinstrumentet og de nationale indikatorer. Et eksempel på en case med direkte tilknytning til de nationale indikatorer er "Tidstro feedback fra patienter" i Region Hovedstaden, hvor regionens hospitaler løbende indhenter viden om lokalt fastlagte patienttilfredshedsspørgsmål (ibid.). Denne lokale indikator har en klar potentiel sammenhæng med den nationale indikator "Patienttilfredshed". På samme måde vil indsatsen "Det mobile hospitalslaboratorium" i Region Sjælland, der er rettet mod nedbringelse af forebyggelige indlæggelser, have direkte sammenhæng med den nationale indikator "Forebyggelige indlæggelser blandt ældre" (ibid.). Der er således eksempler på, at der implementeres indsatser, der er rettet mod at forbedre de nationale mål, men det er endnu for tidligt at konkludere, om styringsinstrumentet reelt har haft en betydning for initiering af disse indsatser.

Det næste spørgsmål er, om styringsinstrumentet har potentiale til at skabe forbedringer for patienternes sundhedstilstand. Pr. definition gør nedsivningsmodellen (Figur 3.2) det svært at identificere egentlige årsagssammenhænge afledt af styringsinstrumentet. Dette skyldes, at styringsinstrumentet virker ved, at de nationale mål skal initiere en lokal udvikling af indsatser, der forbedrer lokale indikatorer (niveau 1). De lokale indikatorer skal dernæst påvirke de nationale mål (niveau 2), og i sidste ende skal de nationale mål forbedre patienternes sundhedstilstand målt på de nationale indikatorer (niveau 3).

Danske Regioner har offentliggjort de aktuelle nationale indikatorer for de nationale mål (niveau 3) (31). Da styringsinstrumentet først blev indført i 2016 og implementeres i 2017 og 2018, kan udviklingen endnu ikke tilskrives styringsinstrumentets effekt, men publikationen skal ses som en del af interventionen. Ved at offentliggøre gode historier skal det gøre de sundhedsprofessionelle nysgerrige på, hvad der driver udviklingen og igangsætte indsatser, som forbedrer patientbehandlingen.

Selv på det laveste niveau 1 (lokale indikatorer) er det endnu for tidligt at vurdere effekten af offentliggørelsen af de nationale mål, så afsnittet vil i stedet præsentere viden fra litteratur på området og komme med nogle overordnede betragtninger i forhold til den danske kontekst.

3.4.1 Effekten på patienters adfærd

Som nævnt tidligere er styringsinstrumentet primært rettet mod at ændre de sundhedsprofessionelles adfærd og ikke direkte patienternes adfærd. Vi skal derfor kun ganske kort berøre evidensen omkring effekten af offentliggørelse af kvalitet på patientadfærd. Et Cochrane-review fra 2011 finder ganske få studier og ingen konsistent evidens for effekten på forbrugeradfærd (17). WHO har i 2014 opsummeret evidensen på området og konkluderer med henvisning til en række studier (17,20,39,40), at kvalitetsinformation sjældent benyttes af patienter, når de tager beslutninger i sundhedsvæsenet (22). Et andet studie bemærker, at respondenter i en markedsundersøgelse vurderer, at de bruger mere tid på at afdække markedet, når de køber forbrugsgoder som biler og køleskabe, end de gør på at afdække hospitalsmarkedet forud for en operation (41). Dette indikerer, at offentliggørelse af kvalitet rettet mod patienter sandsynligvis vil have en mindre effekt. Dog viser

studier baseret på randomiserede forsøg i Sverige, at information om praktiserende lægers kvalitet har betydning for patienternes valg af læge (42).

3.4.2 Effekten på sundhedsprofessionelles adfærd og patient-outcome

Nogle af de bedst kendte eksempler på brug af offentliggjort kvalitet som et styringsinstrument stammer fra New York og Pennsylvania i 1989 (16,43). På meta-niveau er der usikkerhed om resultaterne, men nogle studier har vist, at offentliggørelse af kvalitetsindikatorer på både hospitals- og kirurgniveau reducerede den risikojusterede dødelighed (43). Cochrane-reviewet fra 2011 konkluderer, at der er manglende evidens for, at offentliggørelse af performance kan have effekt på sundhedsprofessionelles adfærd (17). Et nyere studie fra Pennsylvania, der sammenligner effekten af finansielle incitamenter med effekten af offentliggørelse af kvalitetsinformation for hjertekirurger, har vist, at effekten på lægernes adfærd er størst ved de ikke-finansielle styringsmekanismer (44). Dette studie udmærker sig ved at være underbygget af en teoretisk forklaring på resultatet baseret på øget intrinsisk motivation.

Vurderingen fra WHO i 2014 er, at der er nogen evidens inden for hjemmeplejen (45,46), især når der er konkurrence mellem udbydere (47) og for udbydere med lav kvalitet ved baseline (48). Endvidere henvises til et studie, der viser nogen effekt på udvalgte kliniske kvalitetsindikatorer (40).

Da den lokale forankring af de nationale mål i høj grad kan være baseret på privat feedback af kvalitetsindikatorer til de sundhedsprofessionelle, er det interessant kort at se på denne litteratur. Privat feedback er i modsætning til offentliggørelse af kvalitet udelukkende rettet mod de sundhedsprofessionelle og er derfor i større grad rettet mod intrinsisk motivation som "driver" for adfærdsændringer end sammenligningskonkurrence. Litteraturen giver nogen indikation af, at feedback af kvalitetsindikatorer til sundhedsprofessionelle kan skabe forbedringer. Dette gælder især for områder: hvor baseline-performance er lav, når der gives feedback både mundtligt og skriftligt, når feedback gives mere end én gang, og når det følges op af en plan for forbedringsmuligheder (49).

Der er eksempler på, at brug af privat feedback har en positiv effekt på patient-outcome i en dansk kontekst. For eksempel viser et studie af kvalitetsudviklingsprogrammet "datafangst" i Almen Praksis, at diabetespatienter hos læger, der deltog, har en lavere risiko for hospitalsindlæggelser end diabetespatienter hos læger, der ikke deltog (50). En vigtig del af datafangst var feedback-rapporter til de praktiserende læger, der indeholdt kliniske performancemål for diabetespatienterne, men da programmet indeholdt andre komponenter – fx brug af elektronisk diagnosekodning og peer sammenligning, kan effekten ikke isoleres til feedback alene. En interessant observation er, at niveauet for effekten på hospitalsindlæggelser af indsatser rettet mod patienter med kronisk sygdom er stort set ens, hvad enten indsatsen indeholder et finansielt incitament som fx den engelske QoF (51) eller udelukkende er baseret på ikke finansielle indsatser (50,52).

Der er en række utilsigtede konsekvenser af styringsinstrumentet, som er vigtige at være opmærksom på. Werner et al. (53) er kritisk over for offentliggørelse som styringsinstrument og er især bekymret for, at det kan give lægerne incitament til at selekttere komplekse patienter, der potentielt kan trække deres performance ned. Andre utilsigtede konsekvenser kan være overdrevet fokus på det, der kan måles, og negligering af områder, hvor det er sværere at opgøre kvalitet – dette kaldes også tunnelsyn, målfiksering og gaming (54). En vigtig pointe er ifølge Lester et al. (54) tidligt at forsøge at identificere utilsigtede konsekvenser i implementeringsfasen, så problemet kan reduceres. Casestudier af NIP i Danmark tyder dog på, at man ikke bør være så bekymret for utilsigtede konsekvenser af offentliggørelse af kvalitetsindikatorer (27).

3.5 Vurdering af fordele og ulemper ved nationale mål

Der kan identificeres en række fordele og ulemper ved styringsinstrumentet og ved den konkrete udformning af instrumentet. For det første er det centralt, at der fokuseres på, at offentliggørelsen rettes mod de sundhedsprofessionelle frem for borgerne/patienten, da evidensen syntes at være bedre for denne tilgang. Derudover er det en klar fordel, at de valgte mål er outcome-mål relateret til patientens helbred og ikke kun er mål for proceskvalitet, hvor den endelige sammenhæng til patienthelbred er mere uklar.

En række af de opstillede indikatorer er så overordnede og multifaktorielt definerede, at den enkelte sygehusafdeling/kommune/praktiserende læge kan have svært ved at definere, hvad det er, de skal bidrage med for at styrke målopfyldelsen. Fokus på udvikling af lokale indikatorer afhjælper delvist dette problem, men har den udfordring, at sammenhængen mellem lokale og nationale mål kan være svær at dokumentere. Der er dog allerede identificeret en række cases, hvor der lokalt er igangsat interventioner, der konkret rettes mod de nationale indikatorer. Dette vil sikre en sammenhæng mellem de lokale indsatser og en positiv udvikling i de nationale mål, men kan også være forbundet med en risiko for såkaldt tunnelsyn – dvs. at der udelukkende fokuseres på det, der kan måles, og at kvalitetsdimensioner, der ikke kan måles, bliver negligeret. Den dynamiske tilgang til indikatorudvikling er i denne sammenhæng positiv, og det er konkret nævnt, at der skal arbejdes med indikatorer på områder, hvor det generelt er svært, herunder outcome-mål i almen praksis, indikatorer for sammenhæng og indikatorer målrettet psykiatrien. Det er vigtigt, at der følges op på denne hensigtserklæring.

Offentliggørelse og grafisk illustration af variationen i de aggregerede nationale indikatorer mellem regioner og kommuner kan have stor betydning for synlighed og forbedring af lighed i sundhed, da det synliggør forskelle mellem geografiske og organisatoriske enheder. Her er det dog en klar ulempe, at de nationale indikatorer ikke risikjusteres (22), og der kan dermed drages fejlslutninger i forhold til, hvem der gør det godt. Yderligere er de anvendte farvekoder uigennemskuelige, fordi farverne sammenblender position i forhold til landsgennemsnittet og egen udvikling siden sidste måling. Fokuseringen på forbedringer fra måling til måling giver endvidere incitament til forbedre sig langsomt frem for i spring, da "grøn status" bevares, hvis man forbedre sig, uagtet hvor stor forbedringen er. Herved skaber man bedre rum til forbedring fra periode til periode frem for at realisere forbedringsgevinsterne hurtigt. Dette kaldes i litteraturen for Ratchet-effekter (55).

3.5.1 Samspil med øvrige styringsinstrumenter

Ud over offentliggørelse af nationale mål indgår to øvrige instrumenter under temaet "Synlighed, resultatmåling og benchmarking" i denne rapport: patienttilfredshedsmålinger og løbende produktivitetsopgørelse. Disse to instrumenter kan betragtes som en delmængde af de nationale mål, da de indgår som indikatorer, jf. Figur 3.1.

En række af de øvrige styringsinstrumenter er baseret på økonomiske incitamenter, der er rettet mod omkostningerne i sundhedssektoren. Det drejer sig om budgetlov, løbende produktivetsmålinger og produktivetskrav. Der er generelt ikke meget viden om, hvorvidt kvalitetsforbedringer er forbundet med flere eller færre omkostninger. På den ene side er der omkostninger forbundet med kvalitetssikring og kvalitetsudvikling, mens der på den anden side også er omkostninger forbundet med dårlig kvalitet (56). Omkostninger forbundet med de indsatser, der igangsættes som følge af de nationale mål, er ikke italesat i forhold til instrumentet. Dette medfører potentielt en risiko for, at man får igangsat kvalitetsforbedrende indsatser, der i princippet ikke er omkostningseffektive.

Opsummerende vurdering af "Nationale mål inkl. centrale løbende opgørelser"

Klart formål: Formålet med fastlæggelse og offentliggørelse af nationale mål er at skabe en overordnet retning for udvikling af kvaliteten og effektiviteten i sundhedsvæsenet, således at alle niveauer i sundhedsvæsenet styrer i samme retning og har en fælles ramme for fortsatte forbedringer.

I forhold til de tre overordnede formål for sundhedsvæsenet forholder de nationale mål sig i sin nuværende udformning specifikt hertil og påvirker hovedformålet, som er behandling af bedst mulig kvalitet for patienten.

Effekter: Det er endnu for tidligt at vurdere effekter og resultater af modellen i Danmark, men modellen tager i princippet – designmæssigt – højde for mange af de faldgrupper, der er nævnt i litteraturen. Der er generelt blandet evidens for effekten af offentliggørelse af kvalitetsmål på sundhedsprofessionelles adfærd, men ressourcepersoner i andre lande har anekdotisk evidens i nogle tilfælde. Aggregeret national offentliggørelse af kvalitetsindikatorer er ikke tilstrækkeligt til at opnå ændringer af sundhedsprofessionelles adfærd. Det er vigtigt, at der sikres udvikling af lokale mål, og at disse mål bruges aktivt i forhold til feedback til de sundhedsprofessionelle. De aggregerede mål kan derimod bidrage til at bibeholde fokus på geografisk lighed og reduktion af variation. Der er igangsat en række indsatser lokalt med de nationale mål som styringselement.

Samspelet med øvrige styringsinstrumenter i sundhedsvæsenet: Styringsinstrumentet er overordnet set frakoblet de øvrige styringsmekanismer, og der er ikke fokus på sammenhængen mellem kvalitet og omkostninger. De enkelte decentrale sundhedsudbydere skal selv koble kvalitetsudviklingsprogrammerne med de økonomiske styringsmekanismer, ligesom de selv skal gennemtænke eventuelle overlap mellem nationale mål på sundheds- og socialområdet.

Patienttilfredshedsmålinger og løbende produktivetsopgørelser indgår som indikatorer i de nationale mål.

National styring og lokal tilpasning: Styringsinstrumentet er defineret ved lokal tilpasning af nationale mål. Regionerne og kommunerne tilpasser således selv indikatorer og interventioner til at understøtte de nationale mål. For nogle af indikatorerne kan der imidlertid være potentielle vanskeligheder ved at fastlægge relevante og simple lokale mål.

Kræver styringsinstrumentets effektivitet understøttelse af data? Offentliggørelse af nationale mål skal pr. definition understøttes af data af høj kvalitet og monitoreres nationalt. Instrumentet kan forventes at bidrage til forbedring af datakvaliteten af eksisterende data og til udvikling af data på nye områder, fx almen praksis, psykiatriske patienter og data relateret til det sammenhængende sundhedsvæsen.

Understøtter instrumentet en enkel og gennemskuelig styring centralt såvel som decentralt? Udvalgelse af 8 nationale mål, som alle niveauer i sundhedsvæsenet skal styre efter, giver en enkel styringsdagsorden. Sammenhængen mellem de enkelte indikatorer for de nationale mål og mellem disse indikatorer og ikke-målbare kvalitetsdimensioner, er kompleks. Manglende risikjustering af indikatorerne og dermed manglende justering for eventuelt case-mix kan give udfordringer med gennemskueligheden af, hvem der gør det godt.

4 Patienttilfredshedsundersøgelser

Af Erik Riiskjær

Dette kapitel beskriver patienttilfredshedsundersøgelser, nærmere bestemt de landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser. Patienttilfredshedsundersøgelser er undersøgelser, der måler patienters vurdering af sundhedsvæsenets ydelser. Danmark har en lang historisk tradition for at gennemføre patienttilfredshedsmålinger (57), men i denne rapport er fokus alene på de patienttilfredshedsmålinger, der er gennemført i et samarbejde mellem staten og de regionale sygehusejere.

Nedenstående boks giver et overblik over de centrale aspekter i forhold til patienttilfredshedsundersøgelser. I de følgende afsnit gives en mere detaljeret beskrivelse af patienttilfredshedsundersøgelser.

Centrale aspekter i forhold til patienttilfredshedsundersøgelser
<i>Definition</i>
<p>Patienttilfredshed er defineret som patienters vurdering af kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser. Patienttilfredshedsundersøgelser er aktiviteter, der måler patienttilfredshed. Undersøgelserne vedrører sædvanligvis ikke vurdering af opnåede resultater af sundhedsfaglige ydelser, men i højere grad af personalets adfærd, kommunikation og imødekommenhed.</p> <p>Landsundersøgelsen af patientoplevelser består af undersøgelser på det somatiske sygehusområde og af undersøgelser i den behandlende regionale psykiatri. Herudover findes der tre andre undersøgelser på det somatiske område, nemlig LUP Akut (akutklinikker), LUP Fødende og Landsundersøgelsen af Kræftpatienters oplevelser.</p>
<i>Formål</i>
<p>Formålet med LUP-somatik-undersøgelserne er:</p> <ul style="list-style-type: none">• at identificere og sammenligne forskelle i patienters oplevelser inden for udvalgte temaer• at give input til at arbejde med kvalitetsforbedringer• at kunne følge udviklingen i patienternes oplevelser og vurderinger systematisk over tid (s. 7 i (58)). <p>I LUP Psykiatri har man et tilsvarende formål (s. 3 i (59)).</p> <p>I dag indgår måling af patientoplevelser i det Nationale Kvalitetsprogram 2015-2018 og i de nationale mål for sundhedsvæsenet.</p>
<i>Styringsinstrumenttype</i>
Synlighed, resultatmåling og benchmarking.
<i>Centrale hensyn, der understøttes</i>
(Brugeroplevelset) kvalitet og i nogen grad brugernes oplevelse af sammenhæng i behandlingen.
<i>Baggrund for indførelsen</i>
<p>De første landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser blev gennemført i 2000 som resultat af Den nationale Strategi for Kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet (60).</p> <p>LUP spiller også en rolle for frit valg. Tanken er, at patienter ved deres oplyste valg af behandlingssted indirekte er med til at belønne de afdelinger, der har den bedste kvalitet. Rapporter til at støtte patienternes valg ligger på sundhed.dk.</p>

Centrale aspekter i forhold til patienttilfredshedsundersøgelser

Tilpasninger

Formålet med LUP Somatik er ændret to gange siden starten i 2000, nemlig i 2004 og 2009.

Formålet har ændret sig fra at give indsigt i den patientoplevede kvalitet over for offentligheden og over imod også at være et instrument til at arbejde med kvalitetsforbedring.

Fra 2009 samordnedes undersøgelserne på både det somatiske og psykiatriske område med Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM). Der blev formuleret nye spørgsmål, som passede til standarderne i modellen, og ambulante patienter fik også plads i undersøgelserne.

I 2014 undergik konceptet i somatikken betydelige ændringer, bl.a. på baggrund af en gennemført evaluering blandt interessenterne i 2012. Man gik fra to til tre spørgeskemaer, fra valgfrihed med regionale spørgsmål til udelukkende nationale spørgsmål, fra fire til fem svarkategorier, og der etableredes en indeksstruktur med ni teoretiske dimensioner. Samtidig begyndte man også at sende skemaer til patienter, der havde været indlagt under 24 timer.

Konceptet for undersøgelserne på det psykiatriske område startede i 2005. I 2012 ændrede undersøgelserne karakter, idet styregruppen for LUP ønskede en koordinering med undersøgelserne på det somatiske område. Psykiatriundersøgelserne skulle nu ikke længere gennemføres hvert tredje år, men hvert år, dog sådan at den tilknyttede pårørendeundersøgelse blandt voksne kun skulle gennemføres hvert tredje år. Styregruppen for LUP traf derudover i 2012 beslutning om, at de psykiatriske undersøgelser skulle gå fra fem til fire svarkategorier, som på det tidspunkt var standard i de somatiske skemaer.

Anvendelse i dag

Både LUP Somatik og LUP Psykiatri gennemføres i dag årligt.

Data indsamles og behandles på nationalt, sygehus- og afdelingsniveau – og i psykiatrien også på afsnitsniveau. Skemaerne udsendes/uddeles i august, september og oktober, og rapporterne udsendes i uge 8 og offentliggøres i uge 11. Resultaterne kan ses på sundhed.dk.

LUP Somatik består af seks delundersøgelser, og LUP Psykiatri består af ni delundersøgelser.

Hver organisatorisk enhed får oplyst, om man er gået frem eller tilbage, og om de er over (O), på landsgennemsnittet (G) eller under gennemsnittet (U).

To spørgsmål indgår som indikatorer for "øget patientinddragelse" i de Nationale mål for sundhedsvæsenet. Det ene spørgsmål vedrører helhedsvurderingen og det andet patientens oplevede mulighed for at deltage i beslutninger. Bidraget til Den Nationale Model baseres kun på svar fra planlagte indlagte patienter.

Dokumenterede effekt

Der er tegn til, at der over tid er sket forbedringer i patienternes oplevelser på store dele af det psykiatriske område, mens tallene på det somatiske område synes mere stabile. Konklusionen er behæftet med usikkerhed, da der flere gange er ændret metode i undersøgelserne.

Undersøgelserne identificerer tydelige forskelle i patienternes oplevelser inden for udvalgte temaer. De mest kritiske svar findes i forhold til spørgsmål, der berører patientinddragelse og information i forbindelse med udskrivning. Der ses ikke overbevisende ændringer over tid.

Instrumentet leverer i høj grad input til at arbejde med kvalitetsforbedringer. Men der findes ingen data eller undersøgelser, der viser, om der faktisk arbejdes med de leverede data.

Implikationer for regionernes styring

Der stilles mellem 18 og 52 spørgsmål til patienterne i de anvendte skemaer. Spørgsmålene er fastlagt på nationalt niveau med mulighed for regionalt tilpassede spørgsmål i psykiatrien.

Spørgeskemakoncepterne lægger op til lokal opfølgning, men der er ingen eksplicite krav til, hvordan regionerne, hospitalerne og afdelingerne skal følge op på undersøgelserne ud over, hvad der ligger i almindelig kvalitetsudviklingsteori.

Centrale aspekter i forhold til patienttilfredshedsundersøgelser

Fordele

Patienttilfredshedsbegrebet er over 50 år blevet fast forankret, både i litteraturen og i praktisk kvalitetsudviklingsarbejde. Instrumentet berører på den måde en af de vigtigste kvalitetsindikatorer i sundhedsvæsenet.

Patienttilfredshedsmålinger har en styrke ved, at ideen med at spørge patienterne om deres oplevelser umiddelbart er forståelig og meningsfuld for de fleste. Blot gennemførelse af undersøgelserne sender et positivt signal til omverdenen om, at patienten er vigtig.

Det er en styrke ved instrumentet, at svarene kommer direkte fra patienterne. Der foreligger ingen manipulationsmuligheder.

Det regionale niveau har efter 17 års erfaringer et logistisk velfungerende måleværktøj, der leverer årlige målinger til meget store dele af sundhedsvæsenet.

Ulemper

For klinikken indebærer det arbejde at deltage i undersøgelsen.

Der går 3-4 måneder, fra den sidste patient har svaret, til resultaterne kan præsenteres for afdelingerne. Der er udtalte ønsker om mere tidstro data.

Instrumentet er generisk opbygget, hvilket for nogle afdelinger indebærer, at svarene kan være vanskelige at tolke lokalt.

De minimale udsving i resultaterne mellem årene kan give vanskeligheder med at fastholde opmærksomheden på undersøgelserne. Den positive formidling af resultaterne i pressemeddelelser kan have gjort, at de sjældent har leveret "brændende platforme", der kalder på behov for ændringer i praksis i forhold til patienterne.

Instrumentet tager ikke højde for, at forskellige afdelinger og sygehuse kan have forskellige rammevilkår, herunder forskellig økonomi, bygningsrammer, akutandele, patientsammensætning og belægningsprocenter.

Undersøgelserne ligger dokumenterede på nettet i rapportform. For den interesserede borger kan det imidlertid fremstå som en svær opgave at orientere sig i det meget omfattende materiale – ikke mindst på grund af de mange metodiske ændringer, der er sket over tid.

Undersøgelserne har primært fokus på afgrænsede oplevelser hos bestemte afdelinger. Endnu er der kun få eksempler på, at forløbsperspektivet er indarbejdet.

4.1 Formålet med landspatienttilfredshedsundersøgelserne

Undersøgelserne i somatikken

Det nuværende formål med *LUP Somatik*-undersøgelserne er:

- at identificere og sammenligne forskelle i patienters oplevelser inden for udvalgte temaer
- at give input til at arbejde med kvalitetsforbedringer
- at kunne følge udviklingen i patienternes oplevelser og vurderinger systematisk over tid (s. 7 i (58)).

På det somatiske område findes også to specialundersøgelser, nemlig *LUP Fødende* og *LUP Akut*:

LUP Fødende har som formål "...at få en samlet evaluering af fødende kvinders oplevelser gennem deres forløb fra graviditet til barsel, hvor de er i kontakt med flere sektorer og faggrupper" (s. 7 i (61)). Undersøgelsen er gennemført hvert år fra 2012.

LUP Akut: "Det primære formål med undersøgelsen er at give de enkelte akutmodtagelser/-klinikker input til at arbejde med kvalitetsforbedringer. Det sker gennem systematisk indsamling af viden om patienters oplevelser og vurderinger af deres besøg i akutmodtagelser/-klinikker. Årlig gentagelse

af undersøgelsen, således at udviklingen i patienternes oplevelser og vurderinger følges systematisk over tid" (s. 6 i (62)). Undersøgelsen er gennemført hvert år fra 2014.

Undersøgelse i psykiatrien

Formålet med *LUP Psykiatri* er: "...at tilvejebringe information om patienternes og de pårørendes oplevelser af kvaliteten i psykiatrien i hele Danmark. Undersøgelserne er organiseret, så det er muligt dels at levere resultater på helt lokalt plan, som kan afdække, hvor der er brug for kvalitetsforbedringer, og følge udviklingen over tid, dels at give beslutningstagere mulighed for at sammenligne områder" (s. 1 i (59)). Undersøgelserne har i deres nuværende form været gennemført hvert år fra 2012.

4.2 Baggrunden for landspatienttilfredshedsundersøgelserne

Patienttilfredshedsmålinger består i at indsamle patienters vurdering af kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser. Vurderingen vedrører sædvanligvis ikke vurdering af opnåede resultater af sundhedsfaglige ydelser, men i højere grad personalets adfærd, kommunikation og imødekommenhed (63). Patienttilfredshed er i forskningslitteraturen defineret som "et begreb, der både søger at afdække patientens kognitive evaluering og affektive reaktioner på bestemte dimensioner af erfaringer med sundhedsbehandlinger" (64). Definitionen rummer altså både en interesse for faktuelle forhold og for patientens følelsesmæssige oplevelser, ligesom man ikke på forhånd har lagt sig fast på bestemte dimensioner.

En af de mest anerkendte forskere på sundhedskvalitetsområdet, Avedis Donabedian, hævdede allerede i 1966:

... at opnå og producere sundhed og tilfredshed, som defineret for dets individuelle medlemmer i et bestemt samfund eller subkultur, er den ultimative validering af kvaliteten i pleje og behandling (s. 166 i (65)).

Tilfredshedsbegrebet blev på den måde sidestillet med faglig kvalitet og har siden vundet legitimitet og indpas i forskellige officielle dokumenter – nationalt og internationalt. Allerede i 1990 opstillede verdenssundhedsorganisationen WHO således en række overordnede mål for sundhed: høj professionel standard – effektiv ressourceudnyttelse – minimal patientrisiko – helhed i patientforløbet og – høj patienttilfredshed.

Ud fra disse mål udarbejdede man i Danmark i 1993 en national strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet (60), som bl.a. udmøntede sig i gennemførelse af de landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser fra 2000. Patienttilfredshedsmålinger har herudover spillet en central rolle for ideen om at skabe transparens i sundhedsvæsenets ydelser, herunder at regeringen kan holde regionerne ansvarlige for kvalitet, og resultaterne har altid optrådt på internetsider, der har virket som "karakterbøger" for patienternes oplyste valg: først via sundhedskvalitet (stjernesystemet) og i dag via sundhed.dk. Patienttilfredshed spiller således, i hvert fald i teorien, en central rolle for, at patienter kan træffe et oplyst valg af sundhedsudbydere.

I de to første runder (2000 og 2002) blev undersøgelserne i somatikken betegnet Den Landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse (66). Fra 2004 skiftede undersøgelsen navn til Den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser. Navneskiftet hang sammen med, at tilfredshedsbegrebet i litteraturen har været udsat for kritik som uklart, og det blev her anbefalet, at man i stedet fokuserer på "oplevelser" (67). I LUP-undersøgelserne spores der da også en bevægelse i retning

af flere "informantspørgsmål", men begge typer af spørgsmål forekommer. For eksempel spørges der til tilfredsheden ved alle helhedsvurderingsspørgsmål.

Både i somatikken og i psykiatrien har instrumenterne været under løbende forandring i perioden fra 2000 til 2017, samtidig med at der er tale om et undersøgelsesobjekt, der løbende er under forandring. Antallet af undersøgte enheder ændrer sig fra år til år, og afdelinger og sygehuse skifter løbende navne og/eller opdeles eller fusioneres.

Dataindsamlingsmetoden har både i somatikken og psykiatrien skiftet karakter fra papirskemaer til også at omfatte parallel netindtastning. Fra 2015 blev papirudsendelsen suppleret med udsendelse af skemaer via e-Boks.

Undersøgelserne af patienternes oplevelser på det somatiske område har siden 2000 været gennemført af Enheden for Evaluering og Brugerinddragelse (tidligere Enheden for Brugerundersøgelser og fra 2017: Kompetencecenter for Patientoplevelser (KOPA)), og undersøgelserne på det psykiatriske område har fra 2005 været gennemført af DEFACTUM (tidligere Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (CFK) og tidligere igen Center for Kvalitetsudvikling).

De to operatører er i dag en del af henholdsvis Region Hovedstaden og Region Midtjylland. Formelt danner de et fælles sekretariat for Styregruppen for LUP. Her sidder der repræsentanter fra hver af landets fem regioner, en repræsentant fra Sundheds- og Ældreministeriet og en fra Sundhedsdatastyrelsen og fire patientrepræsentanter fra henholdsvis somatikken og psykiatrien (68).

Både i somatikken og i psykiatrien er der på landsplan, ud over Styregruppen for LUP, nedsat en kompetenceenhed med repræsentanter fra hver region og Danske Regioner. Der er tale om rene regionale fora. Men tidligere deltog repræsentanter for staten også i disse møder. En kompetenceenheds opgave ligger i at sikre faglig og regional forankring af undersøgelserne (68).

Først fra 2010/2011 blev LUP Psykiatri underlagt Styregruppen for LUP. Inden da var LUP Psykiatri underlagt psykiatridirektørerne fra de fem regioner, både indholdsmæssigt og økonomisk.

Nedenfor sættes der først fokus på somatikken undersøgelser og udviklingen heri og siden på psykiatriens.

4.2.1 Undersøgelserne i somatikken

Fra 2000 til 2006 var der alene tale om undersøgelser blandt indlagte patienter, og der blev kun rapporteret på nationalt og sygehusniveau. Den første danske landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse fra 2000 havde til formål "...at tegne et overbliksbillede af patienttilfredsheden på sygehusniveau (66). Formålet var herudover:

- at sammenligne og identificere forskelle i patienttilfredshed på sygehusniveau i forhold til temaerne: kerneydelse, koordination, kontinuitet, kommunikation, information og frit sygehusvalg
- at sammenligne patienttilfredshed og forskelle i patienttilfredshed over tid ved gennemførelse af undersøgelser hvert andet år (s. 10 i (66)).

I 2004 blev formålet justeret. Der skulle nu også sættes fokus på resultaterne for de forskellige specialer, ligesom det blev yderligere specificeret, hvilke temaer der skulle indgå i undersøgelsen (69).

Fra 2009 blev det formuleret som noget nyt, at instrumentet skulle anvendes til input til kvalitetsforbedring (70). Anledningen var, at man indførte Den Danske Kvalitetsmodel, og at man ville sikre, at

spørgsmålene til patienterne afspejlede standarderne i modellen. Det betød nye spørgsmål, og det betød, at der skulle måles på afdelingsniveau – både blandt de indlagte patienter og ambulatoriepatienterne. Målsætningen fra 2009 er stadig gældende for undersøgelserne i somatikken.

I 2014 undergik instrumentet igen meget betydelige ændringer. Anledningen var en evaluering i 2012 blandt interessenterne omkring LUP (71). Evalueringen blev gennemført af Enheden for Evaluering og Brugerinddragelse i samarbejde med DEFACTUM. Styregruppen for LUP supplerede skemaerne til indlagte patienter og ambulatoriepatienterne med et nyt skema til de akut indlagte patienter, og man gik bort fra valgfrie regionale spørgsmål. Man valgte fem svarkategorier mod tidligere fire, og der blev etableret en indeksstruktur, hvor spørgsmålene er samlet under ni teoretiske dimensioner. Samtidigt blev det besluttet, at der fremover også skulle sendes skemaer til patienter, der havde været indlagt under 24 timer.

I 2009 gennemførte Enheden for Brugerundersøgelser *Den landsdækkende undersøgelse af kræftpatienters oplevelser*. Opdragsgiver var Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Formålet med undersøgelsen var "at tegne et billede af kræftpatienters oplevelser af deres samlede udrednings- og behandlingsforløb samt af de enkelte elementer i forløbet, herunder om der er regionale, diagnose-, alders- og kønsmæssige forskelle" (s. 15 i (72)). Undersøgelsens sigte var bl.a. at måle på kræftpakkernes effekt ved gentagne målinger, sådan som det fremgik af Sundhedsstyrelsens Kræftplan II fra 2005 (73). Undersøgelsen er imidlertid kun gennemført én gang.

Tabel 4.1 beskriver LUP Somatiks tidsmæssige udvikling fra 2000-2016. Helt overordnet er instrumentet karakteriseret ved mange ændringer i både population, formål, spørgsmål og metode.

Tabel 4.1 Landspatienttilfredshedsundersøgelser i perioden 2000-2016. LUP Somatik

Målingsår/ Patientgruppe	Antal svar	Svar pro- cent	Organisatoriske enheder	Antal spørgs- mål	Inklusions- kriterium	Datafangst	Årstad for måling
2000							
Indlagte	19.888	58	64 sygehuse	29	De 4 grundspecialer	Papirskema	Marts-juni
2002							
Indlagte	17.566	55	62 sygehuse	31	De 4 grundspecialer	Papirskema	Marts-juni
2004							
Indlagte	13.963	53	54 sygehuse	37	De 4 grundspecialer	Papirskema	Marts-juni
2006							
Indlagte	14.995	58	51 sygehuse	34	De 4 grundspecialer	Papirskema/nettet	Marts-juni
2009							
Indlagte	38.039	54	Afdelingsniveau	21	Alle specialer	Papirskema/nettet	Jan-marts
Ambulante	85.782	54	Afdelingsniveau	20	Alle specialer		Jan-marts
Kræftpatienter	12.716	68	Alle sygehuse	28	9 kræftdiagnoser		Januar-juni
2010							
Indlagte	36.779	61	337 afdelinger	22	Alle specialer	Papirskema/nettet	Aug-okt
Ambulante	108.993	61	547 ambulatorier	23	Alle specialer		Aug-okt
2011							
Indlagte	41.335	59	327 afdelinger	23	Alle specialer	Papirskema/nettet	Aug-okt
Ambulante	96.860	60	496 ambulatorier	23	Alle specialer		Aug-okt
2012							
Indlagte	40.137	57	326 afdelinger	23	Alle specialer	Papirskema/nettet	Aug-okt
Ambulante	95.086	58	484 ambulatorier	23	Alle specialer		Aug-okt
Fødende	5.749	56	21 fødesteder	58	I princippet alle		Aug-okt

Målingsår/ Patientgruppe	Antal svar	Svar pro- cent	Organisatoriske enheder	Antal spørgs- mål	Inklusions- kriterium	Datafangst	Årstid for måling
2013							
Indlagte	38.410	56	318 afdelinger	23	Alle specialer	Papirskema/nettet	Aug-okt
Ambulante	94.731	57	483 ambulatorier	23	Alle specialer		Aug-okt
Fødende	5.643	59	21 fødesteder	50	I princippet alle		Aug-okt
2014							
Indlagt akut	26.280	45		46	Alle specialer	Papirskema/nettet	Aug-okt
Indlagt elektiv	20.881	61	425 afdelinger	46	Alle specialer		Aug-okt
Ambulante	93.464	56		39	Alle specialer		Aug-okt
LUP Akut	6.764	45	46 modtagelser	20	Uden indlæggelse		Aug-sept
Fødende	5.533	53	21 fødesteder	50	Kvinde og partner		Aug-okt
2015							
Indlagte akut	34.010	53		47	Alle specialer	Papirskema/nettet	Aug-okt
Indlagte elektiv	25.841	68	424 afdelinger	47	Alle specialer	e-Boks	Aug-okt
Ambulante	104.954	65		40	Alle specialer		Aug-okt
LUP Akut	7.340	48	46 modtagelser	22	Uden indlæggelse		Aug-sept
Fødende	7.322	54	21 fødesteder	53	Kvinde og partner		Aug-okt
2016							
Indlagte akut	32.897	52		47	Alle specialer	Papirskema/nettet	Aug-okt
Indlagte elektiv	23.639	68	402 afdelinger	47	Alle specialer	e-Boks	Aug-okt
Ambulante	101.830	64		40	Alle specialer		Aug-okt
LUP Akut	6.491	43	44 mod/klinik	22	Uden indlæggelse		Aug-sept
Fødende	6.798	52	19 fødesteder	52	Kvinde og partner		Aug-okt

Note: Dobbelte streger indikerer metodeændringerne, som gør, at det ikke er muligt at sammenligne på tværs af år.

Kilde: LUP Somatik-undersøgelserne fra 2000 til 2016.

Svarprocenterne har ligget meget konstant, typisk omkring 55 %. Den eneste markante ændring ses i 2015, hvor ibrugtagning af e-Boks-udsendelse tilsyneladende har øget svarprocenten med 8-10 % – en meget høj svarprocent for en tilfredshedsundersøgelse, når man ser den med internationale øjne. En undersøgelse fra 2009 konkluderede, at der ikke umiddelbart er en betydende forskel mellem de, der svarer, og de, der ikke svarer (70).

Tabellen viser også, at undersøgelserne i somatikken berører cirka 800 enheder, hvis man vel at mærke ser afdelinger og ambulatorier som adskilte enheder. Tabellen viser, at omkring 1,3 mio. borgere på tværs af år og undersøgelser har svaret på skemaerne.

Tidligere havde det typiske skema omkring 30 spørgsmål, hvor det i dag har 45. Ofte afspejler de nye spørgsmål og de nye skemaer ændrede statslige styringsinitiativer på sundhedsområdet, fx spørgsmål om frit valg i sundhedsvæsenet, spørgsmål om forekomst af fejl, nye kræftpakker, fokus på borgernes oplevelse af privathospitalerne, borgernes oplevelse af de nye store sygehusenheders akutmodtagelser, spørgsmål om patientansvarlig læge og spørgsmål om patientinddragelse (74).

4.2.2 Undersøgelserne i psykiatrien

De nationale undersøgelser i psykiatrien har været gennemført siden 2005. Undersøgelserne gennemføres af DEFACTUM (tidligere Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (CFK)) på grundlag af et erfaringsbaseret koncept udarbejdet i det tidligere Aarhus Amt. Patientforeningerne Bedre Psykiatri og Sind har fra start spillet en central rolle i udformningen af hele konceptet ved repræsentation i undersøgelsens daværende styregruppe.

LUP Psykiatri-konceptet er skræddersyet til psykisk syge borgere. Det har fx betydet andre krav til udlevering/udsendelse af skemaer end i somatikken, og det har betydet en højere grad af skræddersyning af skemaer til bestemte patientgrupper. Konceptet er tillige karakteriseret ved, at også de pårørende på næsten alle områder spørges. Pårørende, som udpeges af den enkelte patient.

Tabel 4.2 viser den tidsmæssige udvikling i de landsdækkende psykiatriundersøgelser fra starten i 2005. I oversigten er det vist med dobbelte streger, at metodeændringerne i 2012 og 2017 ikke muliggør sammenligninger på tværs af år.

Tabel 4.2 Landspatienttilfredshedsundersøgelsen i perioden 2005-2016. LUP Psykiatri

Målingsår Patientgruppe	Antal svar	Svar- pro- cent	Enheder	Antal spørgs- mål	Inklusions- kriterier	Datafangst	Målings- tidspunkt
2005-7							
Indlagte patienter (voksen)	4.601	6.765	175 afsnit	28	Detaljerede kriterier og registrerings- ark	Personlig udlevering af skema og udsendelse	Forskelligt. men mest aug-sept
Ambulante patienter (voksen)	10.395	48	131 afsnit	25			
Pårørende (indlagt)	1.101	53	176 afsnit	28			
Pårørende (ambulant)	4.615		131 afsnit	28			
2008-9							
Indlagte patienter (voksen)	5.289	67	194 afsnit	32	Detaljerede kriterier og registrerings- ark	Personlig udlevering af skema og udsendelse	Forskelligt. men mest aug-sept
Ambulante patienter (voksen)	10.527	65	132 afsnit	21			
Ambulante patienter (B&U)	881	49	25 afsnit	25			
Pårørende (indlagt)	1.250	46	174 afsnit	28			
Pårørende (ambulant)	4.381	49	133 afsnit	19			
Forældre (B&U ambulant)	2.225	49	43 afsnit	33			
Forældre (B&U dag+døgn)	673	58	38 afsnit	35			
Patienter (B&U dag+døgn)	493	76	18 afsnit	30			
2010-11							
Ambulante patienter (voksen)	10.128	61	160 afsnit	30	Detaljerede kriterier og registrerings- ark	Personlig udlevering af skema og udsendelse	Forskelligt. men mest aug-sept
Pårørende (ambulant)	4.533	47	160 afsnit	28			
Ambulante patienter (B&U)	902	50	35 afsnit	29			
Forældre (B&U ambulant)	1.952	50	50 afsnit	32			
Patienter (B&U dag+døgn)	739	6.957	17 afsnit	32			
Forældre (B&U dag+døgn)	898		32 afsnit	33			
2012							
Indlagte patienter (voksen)	1.812	66	158 afsnit	34	Detaljerede kriterier og registrerings- ark	Personlig udlevering af skema og udsendelse	Sept-okt
Ambulante patienter (voksen)	5.500	60	184 afsnit	27			
Ambulante patienter (B&U)	1.648	48	58 afsnit	18			
Pårørende (indlagt)	536	45	129 afsnit	21			
Pårørende (ambulant)	2.573	47	174 afsnit	20			
Forældre (B&U ambulant)	1.621	49	58 afsnit	25			
2013							
Indlagte patienter (voksen)	1.929	65	156 afsnit	34	Detaljerede kriterier og registrerings- ark	Personlig udlevering af skema og udsendelse	Sept-okt
Ambulante patienter (voksen)	5.579	58	201 afsnit	27			
Indlagte patienter (B&U)	187	66	27 afsnit	29			
Ambulante patienter (B&U)	1.354	43	57 afsnit	18			
Forældre (B&U indlagt)	139	48	27 afsnit	30			
Forældre (B&U ambulant)	1.402	45	57 afsnit	25			
2014							
Indlagte patienter (voksen)	2.247	63	147 afsnit	35	Detaljerede kriterier og re- gistreringsark	Personlig udle- vering af skema og ud- sendelse	Sept-okt
Ambulante patienter (voksen)	6.333	55	202 afsnit	28			
Indlagte patienter (B&U)	167	63	25 afsnit	29			
Ambulante patienter (B&U)	1.304	44	59 afsnit	25			
Forældre (B&U indlagt)	123	44	25 afsnit	31			
Forældre (B&U ambulant)	1.379	46	59 afsnit	26			
Patienter, spec. retspsykiatri	137	64	28 afsnit	33			

Målingsår Patientgruppe	Antal svar	Svar- pro- cent	Enheder	Antal spørgs- mål	Inklusions- kriterier	Datafangst	Målings- tidspunkt
2015							
Indlagte patienter (voksen)	2.029	65	145 afsnit	35	Detaljerede kriterier og re- gistreringsark	Personlig udle- vering af skema og ud- sendelse	Sept-okt
Ambulante patienter (voksen)	6.028	56	205 afsnit	28			
Indlagte patienter (B&U)	159	76	24 afsnit	30			
Ambulante patienter (B&U)	1.335	45	66 afsnit	19			
Forældre (B&U indlagt)	110	57	24 afsnit	31			
Forældre (B&U ambulat)	1.396	55	66 afsnit	26			
Patienter, spec. retspsykiatri	169	61	29 afsnit	30			Sept
Pårørende (indlagt)	363	44	145 afsnit	22			
Pårørende (ambulant)	2.732	58	205 afsnit	21			
2016							
Indlagte patienter(voksen)	2.214	64	138 afsnit	39	Detaljerede kriterier og re- gistreringsark	Personlig udle- vering af skema og ud- sendelse	Sept-okt
Ambulante patienter (voks)	6.149	59	200 afsnit	28			
Indlagte patienter (B&U)	133	67	19 afsnit	34			
Ambulante patienter (B&U)	1.535	46	56 afsnit	27			
Forældre (B&U indlagt)	104	55	19 afsnit	37			
Forældre (B&U ambulat)	1.558	53	56 afsnit	36			
Patienter, spec. retspsykiatri	157	60	28 afsnit	31			Sept

Note: Dobbelte streger indikerer metodeændringerne i 2012 og 2017, som gør, at det ikke er muligt at sammenligne på tværs af år.

Kilde: LUP Psykiatri-undersøgelserne fra 2005 til 2016.

Svarprocenterne har ligget meget konstant i undersøgelsesperioden, typisk omkring 55 %, dog varierende mellem de forskellige tilbud – højest for de indlagte voksne patienter, omkring 65 %, og lavest blandt de indlagte patienters pårørende, dvs. en meget høj og stabil svarprocent for en tilfredshedsundersøgelse set i internationalt perspektiv. Undersøgelserne berører cirka 450 enheder. Og tabellen viser, at omkring 130.000 patienter har svaret på skemaerne, når man tæller sammen på tværs af undersøgelser og år. Spørgeskemaerne har længdemæssigt holdt sig på et konstant niveau. Tidligere var det typiske skema på omkring 30 spørgsmål, hvor det i dag er omkring 35.

4.2.3 Befrugtning mellem de to undersøgelsesområder

Efter skabelsen af den fælles styringsgruppe for de to undersøgelser har koncepterne i somatikken og psykiatrien nærmet sig hinanden med gensidig befrugtning: Spørgsmål er harmoniseret, tidspunkter for måling er næsten ens og svarskalaer er harmoniseret fra 2018. Rapporteringsformen i psykiatrien og somatikken er imidlertid endnu ikke ens. Fælles er det dog, at begge leverer meget omfangsrige rapporteringer på afdelingsniveauet, på mellem 50 og 100 sider. Hertil kommer renskrevne kommentarer fra patienterne, som sendes til afdelingerne og afsnittene, alt efter hvilket niveau undersøgelse er bestilt på.

Befrugtningen imellem de to koncepter har ikke kun givet anledning til bedre kvalitet. LUP Psykiatri anvendte oprindeligt en fempunktssvarskala i sin helhedsvurdering, hvor somatikken anvendte fire. Det ændrede Styregruppen for LUP i 2012, så begge undersøgelser skulle anvende en firepunktsskala for at være sammenlignelige. I 2014 besluttede Styregruppen for LUP imidlertid, at LUP-somatikken skulle gå over til at anvende fem svarkategorier, og fra 2018 er LUP Psykiatri gået tilbage til at anvende en fempunktssvarskala. De løbende ændringer muliggør ikke ambitionen om at kunne følge patienternes svar over tid.

Meget taler for, at fempunktsskalaen rent fagligt er at foretrække i denne undersøgelsessammenhæng, da en firepunktsskala har tendens til at udvise ringe sensitivitet (75). Dertil kommer, at den firepunktsskala (Virkelig godt, Godt, Dårligt og Virkelig dårligt), man anvendte i somatikken, er problematisk, idet springet fra Godt til Dårligt er så stort, at det må forventes, at de færreste patienter

vil betegne en oplevelse som Dårlig, når det er vist i litteraturen, at patienter er meget tilbageholdende med at udtrykke kritik (76,77). Der manglede således en mellemkategori i skalaen, fordi oplevelser ikke sjældent indeholder både gode og dårlige elementer.

I de år, firepunktsskalaen er blevet brugt, har den givet høje tilfredshedstal. Dette er i pressemeddelelser blevet forstærket af, at de to øverste kategorier er blevet slået sammen til "de positive", hvilket har medført, at helt op til 97-98 % af svarene var positive. Den nævnte firepunktsskala er måske egnet, hvis målet er, at man vil fremtvinge en dikotom opdeling af materialet til brug for en logistisk regression, men den er ikke egnet til at danne baggrund for offentliggørelse af tilfredhedstal. Ud fra litteraturen kan man konkludere, at patienter helst skal svare på "asymmetriske skalaer", fordi de er kede af at kritisere (76,77).

Eksempelvis kunne man den 30. april 2013 på Danske Regioners hjemmeside læse en pressemeddelelse, der sagde, at 9 ud af 10 patienter var godt tilfredse med psykiatrien. Det var første gang, psykiatrien kunne mønstre et så flot resultat. Desværre var noget af baggrunden, at man lige havde skiftet svarskalaen ud. Man var gået fra fem til fire svarkategorier. Det var således et relevant indlæg i debatten, da professor Tage Søndergård den 15. maj 2013 i Jyllands-Posten angreb den danske nationale tilfredshedsundersøgelse (LUP) for at dokumentere alt for høje tilfredshedsniveauer. Resultaterne blev betegnet som "humbug" og "manipulation af data". Hans synspunkt var, at man opnåede den høje tilfredshed ved at anvende fire svarkategorier, hvorefter man lagde de to øverste svar sammen med betegnelsen "de positive".

De høje tilfredshedsprocenter har udfordret troværdigheden omkring LUP-undersøgelserne, hvor særligt tilfredshedsprocenterne har været udsat for kritik i offentligheden (78-80).

4.2.4 Patienttilfredshedsundersøgelserne som styringsinstrument

Helt overordnet kan man sige, at måling af patientoplevelser tjener tre hensyn: samfundsmæssig legitimering og kontrol, støtte til forbrugervalg og til virksomhedsstyring (accountability).

Tilfredshedsundersøgelser må ses som et instrument, der virker igennem at skabe synlighed eller transparens omkring sundhedsvæsenets virke i forhold til offentligheden. Transparens er defineret som en visualiseringsteknik, der synliggør udvalgte sider af sundhedsvæsenets praksis (81). Ideen er knyttet til positive idealer som demokrati, åbenhed, retfærdighed, påregnelighed og et perfekt marked.

I sundhedsloven er der fastsat krav til sundhedsvæsenet med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse, hvilket skal ske ved at opfylde behovet for: 1) let og lige adgang til sundhedsvæsenet, 2) behandling af høj kvalitet, 3) sammenhæng mellem ydelserne, 4) valgfrihed, 5) let adgang til information, 6) et gennemsigtigt sundhedsvæsen og 7) kort ventetid på behandling. I den sammenhæng spiller patienttilfredshedsmålinger en rolle for opfyldelsen af behov 2-6.

Patienttilfredshedsmålingerne kan ses som en del af de patientrettigheder, som sundhedssystemet bygger på, men også som et ønske om at tilføre et konkurrenceudsættende element i sundhedsvæsenet som en markedsafledt konkurrence mellem forskellige udbydere. En konkurrence som dog i nogen grad er begrænset gennem den stigende specialisering på sygehusene.

Patienttilfredshedsmålingerne kan også ses som et element til at holde leverandører af sundhedsydelser ansvarlige for kvaliteten af ydelserne (accountability), hvor staten og regionerne gennem opgørelse og offentliggørelse af resultaterne kan følge op på, hvorvidt ydelserne lever op til den forventede kvalitet.

I det nationale kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015-2018 spiller patienttilfredshed en helt central rolle. I programmet lægges der op til at forfølge den tredelte "Triple Aim"-målsætning om: forbedret sundhedstilstand i befolkningen – høj patientoplevelse og erfaret kvalitet – lave omkostninger pr. behandlet borger (82). I den sammenhæng leverer patientundersøgelserne data til Den Nationale Model.

Herudover er instrumentet gennem sin egen formålsformulering forbundet til virksomhedsstyring med løbende organisatorisk kvalitetsforbedring (Enheden for Evaluering og Brugerinddragelse, 2017).

4.3 Anvendelsen af landspatienttilfredshedsundersøgelserne i dag

Beskrivelsen foregår i to dele. Først gennemgås det somatiske område og derefter det psykiatriske.

4.3.1 Det somatiske område

Undersøgelserne gennemføres i dag årligt, ved at der sendes spørgeskemaer til patienter, der ifølge Landspatientregisteret (LPR) har været på sygehus én eller flere gange i august, september og oktober. For afdelinger med under 400 patienter er der tale om en totalundersøgelse, mens der for afdelinger med flere end 400 patienter er der tale om en stikprøve. Alle sygehuse deltager, herunder også privathospitalerne. På nationalt og sygehusniveau vægtes resultaterne i forhold til afdelingsstørrelser og den udtagne stikprøve.

Der indsamles hvert år oplysninger via fem forskellige spørgeskemaer: til planlagt indlagte patienter, til akut indlagte patienter, til ambulante patienter, til fødende kvinder og til patienter, der har besøgt en akutklinik uden at blive indlagt.

Skemaer og følgebrev er fra 2015 blevet udsendt via e-Boks. Der sendes papirskemaer til de patienter, der ikke svarer på det elektronisk udsendte skema. Besvarelse kan både ske via papirskema og ved elektronisk udfyldelse via et link.

Data indsamles og behandles på nationalt niveau, sygehusniveau og afdelingsniveau; i Region Midtjylland også på afsnitsniveau. Rapporterne modtages af sygehuse i uge 8 og offentliggøres over for offentligheden i uge 11 i form af rapporter på sundhed.dk.

Fra 2016 har man valgt at renskrive og anonymisere alle patienternes kommentarer i alle regioner, inden de stilles til rådighed for de relevante afdelinger. Tidligere har denne praksis kun været fulgt for patienter i Region Midtjylland.

Der stilles mellem 22 og 52 spørgsmål til patienterne. To spørgsmål i skemaet til planlagte indlagte patienter er udvalgt til at få særlig opmærksomhed på regionalt og statsligt niveau, ved at de indgår som indikatorer for "øget patientinddragelse" i De Nationale Mål for sundhedsvæsenet (83,84).

Som udgangspunkt for opfølgning på de undersøgte enheder er det i LUP-rapporterne beskrevet, hvordan en afdeling kan arbejde med sine data for at finde indsatsområder. Man kan fx tage udgangspunkt i bevægelsen fra sidste måling, som er angivet ved en pil enten op, ligeud eller ned. Man kan også tage udgangspunkt i egne resultater, når de sammenlignes med landsgennemsnittet (over (O), gennemsnit (G) og under (U)).

4.3.2 LUP Psykiatri

Siden 2012 har undersøgelserne på psykiatriområdet været gennemført årligt. Undersøgelserne er totalundersøgelser inden for inklusionsperioden. Personalet er instrueret i at udlevere spørgeskemaer til patienter og forældre til behandlede børn i henhold til beskrevne inklusionskriterier. Der udfyldes et registreringsark for hver patient. Af hensyn til svarprocenten bliver spørgeskemaer udleveret personligt af personalet. Pårørende til voksne patienter får spørgeskemaet tilsendt.

Undersøgelsens resultater rapporteres i en tematiseret landsrapport, rapporter med regionale resultater og rapporter med resultater på afdelings- og afsnits-/ambulatorieniveau.

4.3.3 Formidlingen og tolkning af resultaterne

Der har været en tendens til, at resultaterne af LUP-undersøgelserne præsenteres via en positiv formidling til offentligheden gennem pressemeddelelser og politiske forord. Det er, som om at de omfangsrige rapporter i den daglige nyhedsstrøm ikke læses af journalisterne, som alene rapporterer fra pressemeddelelserne. I hvert fald ender det næsten altid med positive historier fra undersøgelserne, som godt kunne være blevet til noget andet, om man havde nærlæst og orienteret sig lidt i rapporterne. På den måde er der en tendens til, at patienternes kritiske svar næsten bliver usynlige. Et eksempel herpå er, da man i 2014 for første gang målte patienternes oplevelser med akutklinikkerne, herunder de nye fællesakutmodtagelser (FAM), og resultatet viste, at 66 % af patienterne var positive (85). Ved sammenligning med resultater fra andre områder, var dette et kritisk resultat. Da resultatet gentog sig det efterfølgende år, blev følgende formulering anvendt i rapportens politiske forord: "Igen i år oplever langt størstedelen af de adspurgte patienter sig behandlet på en måde, så de er trygge ved at tage hjem. Patienterne er tilfredse med personalets evne til at lytte og kommunikere, hvilket vidner om høj faglighed og stort engagement fra personalet. Vi er glade for, at de gode resultater fra den første undersøgelse i 2014 er fastholdt i denne undersøgelse fra 2015" (s. 5 i (86)). Med de svartraditioner, der findes på området, er "langt størstedelen" af patienterne ikke noget at prale af og slet ikke noget, man kan kalde "gode resultater".

Det næste eksempel viser, at holdning til metode og evaluators organisatorisk tilknytning måske også kan spille en rolle for den måde, som undersøgelser opfattes på i omverdenen:

... den 17. maj 2006 kunne man i Politiken se en overskrift på forsiden, der proklamerede: "Kræfttramte mangler omsorg". En overskrift, der stammede fra Kræftens Bekæmpelses store patientundersøgelse fra 2006 (87). Næsten samtidig satte Sundhedsministeriet gang i en undersøgelse af kræftpatienternes oplevelser som en del af Kræftpakke II. Resultatet forelå den 19. februar 2009 (72). Her blev overskriften på forsiden af Jyllands-Posten: "Kræftsyge er tilfredse med behandlingen". Længere nede i teksten stod der, at hele 96 % af danske patienter med en kræftdiagnose var tilfredse med den behandling, de modtog. Ser man på de to undersøgelser, bruger de begge en firepunktsskala, og svarfordelingerne er stort set ikke afvigende. Forklaringen på de forskellige overskrifter var, at Kræftens Bekæmpelse i overensstemmelse med litteraturen ikke havde slået de to øverste kategorier sammen (88). Man valgte i stedet kun at se den øverste svarkategori som helt tilfredsstillende, mens Enheden for Brugerundersøgelser valgte at slå de to øverste kategorier sammen. Forskellen i de to undersøgelser overskrifter i pressen må således søges i forskellig opfattelse af metode og i de interesser, som de to undersøgelser var underkastet.

Det er et godt spørgsmål, om konteksten med sine formninger af resultaterne også kan komme til at påvirke de effekter, der kan komme ud af tilfredshedsundersøgelser. Kan lanceringsformen og

tolkningerne påvirke undersøgelseernes legitimitet og dermed den ildhu, hvormed undersøgelser følges op internt? Spørgsmålet kan ikke besvares her, men de nævnte eksempler viser i hvert fald, at de billeder, som undersøgelser efterlader af virkeligheden, slet ikke kan siges at være neutrale eller entydige.

4.3.4 Internationale erfaringer

Patientoplevelser måles i dag overalt i den vestlige verden (89,90). Der findes et meget stort antal undersøgelsesredskaber, både nationalt og internationalt. Nogle redskaber er generiske, og andre er rettet mod bestemte patientgrupper. Nogle er udformet lokalt, andre er forskningsbaserede og standardiserede.

For tiden er man særligt optaget af, at der ikke må gå for lang tid mellem patientens oplevelse, og til resultatet foreligger på de relevante afdelinger (91). I den intention afsøges der i dag mange muligheder, der kan levere det optimale redskab til kvalitetsforbedringer. Endnu er der ikke fundet en optimal metode, blot er det tydeligt, at der i valget af metode indgår mange overvejelser, hvoraf nogle er modstridende: ønske om kontrol med, hvem der svarer, hvad koster det, hvad er forbruget af lokale personaletimer, hvor høj er svarprocenten med de forskellige metoder, er svarene pålidelige? Alt sammen for at sikre, at data har en kvalitet, så de tages alvorligt af dem, der skal bruge dem (92).

Uanset opblomstringen af de mange lokale tilfredshedsmålinger vil disse målinger aldrig kunne sætte et så systematisk blik på patienternes oplevelser, som de øjeblikkelige LUP-målinger gør. I international sammenhæng er de danske landsdækkende undersøgelseserfaringer unikke. Det gælder både den høje grad af systematik, høj grad af dokumenterede koncepter, høje svarprocenter og undersøgelseernes organisatoriske detaljeringsgrad.

Internationale eksempler på måling af patienttilfredshed

I **Sverige** har man siden 2009 gennemført en Nationell Patientenkät, hvor alle landsting og regioner deltager. Arbejdet koordineres af Sveriges Kommuner og Landsting. Undersøgelserne gennemføres hvert andet år og er rettet mod otte forskellige områder af det svenske sundhedsvæsen. Læs mere her: <https://patientenkät.se/sv/vad-ar-nationell-patientenkät/>

I **England** er der en meget lang tradition for at måle patienttilfredshed med nationale skemaer. Man har anvendt Picker Institute som leverandør med de standardskemaer, der er udviklet her. Her er det værd at bemærke, at man har arbejdet med at reducere spørgeskemaernes omfang, uden at det har kostet væsentlig information (93). NHS laver løbende nationale patientundersøgelser på forskellige områder. Læs mere her: <https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/patient-surveys/>

I **Irland** gennemfører man også nationale spørgeskemaundersøgelser. Man anvender et standardskema. 40 hospitaler deltager over hele Irland. 26,635 patienter blev fx indbudt til at deltage i 2017. Alle patienter, som har været indlagt i maj måned, og som har en postadresse i Irland, får et skema. Undersøgelsen gennemføres årligt. Spørgsmålene stammer fra Picker Institute. Læs mere her: <https://www.patientexperience.ie/>

I **Norge** har man gennemført en national undersøgelse i somatikken fem gange fra 2011-2015. Undersøgelsen omfatter indlagte patienter på alle sygehuse. Der stilles 56 spørgsmål med en svarprocent på 58 %, i alt 13.594 svar (94).

Herudover foregår der nationale undersøgelser på andre områder, fx psykiatrien (95), fødselsområdet og af lægepraksis. Fra 2018 genoptages de somatiske undersøgelser på sygehusene. Læs mere her: <https://www.fhi.no/kk/brukererfaringer/>

Internationale eksempler på måling af patienttilfredshed

I **USA** foretages der hele tiden tilfredshedsundersøgelser. Typisk er der tale om lokalt bestilte undersøgelser fra et hospital eller en gruppe af hospitaler hos bestemte udbydere. Man har standardiseret målingerne med redskabet HCHAPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems), som muliggør sammenligninger. Hospitaler belønnes økonomisk for at offentliggøre deres resultater. Læs mere her: <http://www.hcahpsonline.org/home.aspx>

4.4 Effekt og resultat af landspatienttilfredshedsundersøgelserne

4.4.1 Patienttilfredshed som motor for frit valg og kvalitetskonkurrence?

Selvom det ikke er nævnt direkte i patienttilfredshedsundersøgelsernes formål, er disse mange gange kædet sammen med frit valg, som forudsætter et transparent sundhedsvæsen. Teorien er, at patienter ud fra relevante informationer fra såkaldte "karakterbøger" på nettet skal have mulighed for at vælge de bedste udbydere, fx vurderet ud fra patientoplevelset kvalitet. De offentliggjorte indikatorer skal medvirke til, at der opstår en positiv konkurrence på kvalitet mellem forskellige udbydere, hvilket igen potentielt kan være koblet sammen med en eller anden form for økonomisk belønning af de bedste.

Teorien om transparens og frit valg er imidlertid en teori eller en række af mekanismer, der kun i ringe grad er fundet belæg for i praksis. Der er mange led i kæden, som skal holde, for at der i sidste ende skabes positive empiriske resultater. Bevan & Skellern (96) fandt således i et review, at det kun gav marginale effekter at anvende "karakterbøger" på nettet. I studierne af de interne konkurrenceforholds betydning fandt man stort set ingen effekter, der viste, at karakterbøgerne skulle være drivkraft for udvikling af kvaliteten, og at det skulle påvirke patienternes valg af udbyder.

Karakterbøger, herunder resultater fra tilfredshedsundersøgelser, anvendes kun blandt udvalgte grupper i befolkningen (97-99). Det synes at være de bedst uddannede, patienter med kroniske sygdomme og kvinderne, der bruger "karakterbøgerne" mest.

I et skandinavisk studie rapporteres der om en begrænset brug af valgmuligheder (100). Begrundelsen synes at være, at borgerne, i hvert fald dengang, ikke oplevede, at de havde nok information til at træffe et valg. Konklusionen i studierne er, at der skal mere støtte til at læse "karakterbøger", hvis de skal bruges (101). Informationerne på nettet om sundhedsudbydere skal være meget konkrete og skal kunne identificere bestemte og genkendelige sundhedsudbydere. Patienternes foretrukne variable synes at være ventetid og patienttilfredshed (97). Derimod er der ingen tvivl om, at blot muligheden for at kunne vælge udbyder er højt værdsat af patienterne (102).

LUP-undersøgelsernes rolle i forhold til frit valg udfordres, dels af om patienter kan finde de relevante oplysninger i de mange rapporter, der ligger på nettet, dels af om den organisatoriske opdeling af data er detaljeret nok til, at data ses som relevant grundlag for et oplyst valg.

En af mange forklaringer på den manglende effekt af "karakterbøgerne" kan også være, at de sundhedsprofessionelle ikke har spillet en aktiv rolle i forhold til at informere om hjemmesiderne, hvilket igen kan søge sin forklaring i, hvordan indikatorerne er udvalgt (25).

4.4.2 Patienttilfredshed som motor for kvalitetsforbedring?

En anden tilstræbt effekt af patienttilfredshedsmålingerne er, at de skal resultere i organisatoriske forandringer i overensstemmelse med de meninger, patienterne udtrykker. Et af de eksplicit udtrykte

formål med tilfredshedsundersøgelserne er, at de skal levere input til kvalitetsforbedring. Ikke et svært formål at opfylde, da det næsten sker, qua der udsendes rapporter til sygehusene. Det er imidlertid det kvalitative indhold, der gør forskellen, dvs. om der virkelig følges op.

Litteraturen viser, at evalueringsdata mere generelt skal opfylde en række krav for at sikre, at lederne føler et ansvar for at følge op på dem. Man taler om begrebet "oplevet nytteværdi" blandt ledere, der skal følge op på performancemål (92). Oplevet nytteværdi af rapporter til klinikken rummer meget mere, end at data blot skal være valide og reliable. Det er også en vigtig dimension ved data, at de kan sikre ejerskab og villighed til at tage ansvar for data, altså at data giver mening. Det indebærer, at data skal opleves som relevante, forståelige, knyttet til praksis, være tidstro, troværdige og rettet mod et realistisk mål for alle parter, der skal bruge dem.

Vi ved ikke, om de indsamlede patientsvar i LUP-undersøgelserne har en form, der gør, at de bruges i arbejdet med kvalitetsforbedring, og om dette arbejde vitterligt resulterer i kvalitetsforbedringer for patienterne. Der findes kun få studier af de mekanismer, der er på spil, når der skal følges op på generiske tilfredshedsundersøgelser.

Nielsen & Riiskjær (103) konkluderer i et mixed method-studie efter tre runder af målinger, at det første spørgsmål, man skal stille til tilfredshedsundersøgelser, er, i hvilken grad instrumentet som måleredskab er accepteret af dem, der skal følge op på resultaterne. Altså om undersøgelsesformål og form har vundet "accept" blandt dem, der skal bruge resultaterne. Et centralt spørgsmål er her, i hvilken grad instrumentet er udformet i samklang med dem, der skal bruge det. Videre kan man spørge, om undersøgelserne har en skarphed i deres resultater og analyser, som kan fange opmærksomheden, og som kan skabe en ansvarlighed for opfølgning på de kritiske svar, "attention". Her dokumenterer Nielsen & Riiskjær (103), at et klart kritisk resultat altid synes at blive fulgt op, med mindre der er systemiske forhold på spil, som en lokal enhed ikke har indflydelse på. Og endelig kan man spørge, om svarene fra patienterne har en form, så de kan forbindes til konkrete handlinger, der kan sættes i gang for at ændre på tilstanden, "action" (103). I den sammenhæng er det vigtigt, om problematiske svar fra patienterne ses som udtryk for lokale problemer, man kan gøre noget ved, eller om rapportmodtageren ser resultaterne som udtryk for systemiske problemer, der ligger udenfor det, den lokale enhed har kompetence til at gøre noget ved (104).

Vanskeligheder med opfølgning på evalueringsundersøgelser er desværre ikke noget, der er specielt knyttet til LUP-målingerne. Det er noget, der kan findes mange eksempler på i evalueringslitteraturen (105,106). Mere specifikt kan man endda sige, at det særligt er de generiske patienttilfredshedsundersøgelser, der har vanskeligheder med at fremvise effekter (107-109). Des mere skræddersyet en undersøgelse er, des større er sandsynligheden for opfølgning lokalt, hvilket samtidig vil mindske transparens og muligheden for at sammenligne på tværs og over tid. Men generelt er opfølgning et emne, som er underbelyst i litteraturen (110,111).

I denne danske sammenhæng mangler der også data om, hvordan eSundhed-undersøgelserne anvendes i praksis, og vi må nøjes med at se på, om LUP-undersøgelserne lever op til de tre formål, de selv har formuleret, nemlig om undersøgelserne dokumenterer forskelle mellem patienter på forskellige temaer, om de giver input til kvalitetsforbedring, og om de giver mulighed for at følge patienternes oplevelser over tid. Dernæst ses der på, om der er tegn til, at nogle af de fundamentale problemer, som undersøgelserne har peget på, er løst eller ændret i undersøgelsesperioden.

4.4.3 Formål 1: Forskel på forskellige temaer og patientgrupper?

I forhold til undersøgelsesformål skal de kunne identificere og sammenligne forskelle i patienters oplevelser inden for udvalgte temaer. Dette formål må siges at være opfyldt. Først og

fremmest dokumenteres der grundlæggende forskelle i patientsvarene mellem akutte og planlagte patienter, mellem kvinder og mænd, mellem unge og gamle patienter og mellem forskellige regioner og forskellige sygehuse.

Undersøgelserne viser også væsentlige forskelle i patienternes oplevelser på tværs af forskellige temaer. Personalets venlighed og imødekommenhed besvares altid positivt. Omvendt kan man finde meget kritiske svar for spørgsmål, der berører patientinddragelse og udskrivningsinformation til akut indlagte patienter. For eksempel er kun 61 % af de akut indlagte patienter i somatikken tilfredse med informationen om bivirkninger af ny medicin. Kun 64 % er tilfredse med samarbejdet mellem kommunen og hospitalet ved udskrivning. Kun 55 % har oplevet, at en eller flere ansatte havde ansvar for deres behandling. Og kun 54 % af patienterne oplever, at der spørges ind til deres egne erfaringer med deres tilstand/sygdom (112). Og desværre har resultaterne kun ændret sig marginalt over tid.

Går man videre til psykiatriundersøgelserne, roses personalet også for venlighed og imødekommenhed, men heller ikke her er det vanskeligt at finde meget kritiske svar på nogle af de detaljerede specialspørgsmål. For eksempel er det sådan, at kun 58 % af de indlagte voksne i psykiatrien kendte deres egen behandlingsplan, og kun 65 % af de voksne indlagte havde fået information om medicinens virkning og bivirkning (113). Går man over til at se på de indlagte børn og unge i psykiatrien, er det kun 55 %, der havde talt med personalet om deres egne erfaringer med deres sygdom. Og kun 57 % havde været med til at træffe beslutninger omkring deres udredning og behandling (ibid.). Alt sammen resultater fra psykiatrien, der stammer fra 2016, hvor firepunktsskalaen blev anvendt.

4.4.4 Formål 2: Leverer instrumentet input til kvalitetsforbedring?

Der er ingen tvivl om, at både LUP Somatik og LUP Psykiatri leverer mange relevante data til de mindre organisatoriske enheder. Dog mangler LUP Somatik generelt at levere data helt på afsnitsniveauet for at øge sandsynligheden for at skabe et ejerskab til resultaterne (92).

4.4.5 Formål 3: Er der effekter i resultaterne over tid?

En tredje måde at se på mulige effekter af undersøgelserne er at undersøge, om der er bevægelser i resultaterne, der med sandsynlighed kan kædes sammen med gennemførelsen af undersøgelserne.

I Tabel 4.3 ses der på udviklingen i helhedsvurderingen for alle undersøgelser gennemført på det somatiske område. Tabellen fokuserer på summen af de to øverste svarkategorier.

Tabel 4.3 Helhedsvurderinger i somatikken. Andel svar i de to bedste svarkategorier 2000-2016

	2000	2002	2004	2006	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Indlagte patienter	89	90	90	90	90	93	93	93	92	-	-	-
Akut indlagte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72*	72*	73*
Planlagt indlagte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83*	82*	83*
Ambulante patienter	-	-	-	-	95	96	96	96	96	87*	86*	86*
Akutte, klinik												
- Akutklinikker											76*	76*
- FAM modtagelse	-	-	-	-	-	-	-	-	-	66*	64*	63*
Fødende	-	-	-	-	-	-	-	93	91	93	93	93
Kræftpatienter	-	-	-	-	96	-	-	-	-	-	-	-

Note: Hvor der er tale om en fempunktsskala, er det markeret med *. Og ingen markering betyder en firepunktsskala.

Kilde: LUP-somatik-undersøgelserne fra 2000 til 2016.

Af tabellen fremgår det, at patienternes helhedsvurderinger i somatikken generelt ligger meget stabilt over tid. Et forhold kalder dog på opmærksomhed, nemlig at helhedsvurderingen blandt indlagte patienter steg markant fra 2009 til 2010. Stigningen skyldes formodentlig, at man fra 2009 til 2010 havde skiftet måleperiode fra januar, februar og marts til august, september og oktober – en ændring, som er fastholdt i de efterfølgende år, hvilket det ”nye” tilfredshedsniveau også er. Meget tyder således på, at den øget tilfredshed kan tilskrives et skift af måletidspunkt, fordi sengeafdelingerne har højere belægningsprocent og akutindtag i vinterperioden end i sommerperioden.

Den lavere tilfredshed i målingerne for de nye FAM’er tyder på, at en større andel af patienterne oplever problemer. Niveaueet i patienternes tilfredshed på FAM’erne er stort set fastholdt gennem de tre undersøgte år.

Helhedsvurderingen for alle psykiatriundersøgelserne fremgår af Tabel 4.4, som viser andelen af de to mest positivt besvarede kategorier på helhedsvurderingen. Af tabellen fremgår, at psykiatrien, trods de forstyrrende skalændringer, kan fremvise tendenser til øget tilfredshed – både i perioden inden de nye skalaer og i perioden efter 2012 var tendensen positiv. Herudover peger undersøgelserne på blivende problemer blandt de retspsykiatriske patienter og hos børn og unge på dag- og døgnafsnit.

Tabel 4.4 Helhedsvurderinger i psykiatrien. Andel svar i de to bedste svarkategorier 2005-2016

	Omkring 2005	Omkring 2008	Omkring 2011	2012	2013	2014	2015	2016
Voksne, ambulatorier	77*	82*	83*	95	96	96	96	97
Voksne, sengeafsnit	-	65*	71*	90	89	90	89	92
Voksne, specialiserede retspsykiatriske senge- afsnit	-	-	-	-	-	75	76	73
Børn og unge, ambula- torier	-	69*	75*	94	94	93	95	96
Børn og unge, sengeaf- snit	-	45*	50*	-	71	80	72	76
Forældre til børn og unge, ambulatorier	-	77*	82*	94	94	95	95	96
Forældre til børn og unge, sengeafsnit	-	70*	72*	-	87	94	91	85
Pårørende til voksne, ambulatorier	38*	42*	51*	73	-	-	75	-
Pårørende til voksne, sengeafsnit	-	34*	46*	62	-	-	68	-

Note: Hvor der er tale om en fempunktsskala, er det markeret med *. Og ingen markering betyder en firepunktsskala.

Kilde: LUP-psykiatri-undersøgelserne fra 2005 til 2016.

Der findes ikke én nagelfast forklaring på de generelt forbedrede resultater i psykiatrien. Men en forklaring kunne være, at LUP-psykiatri-undersøgelserne bygger videre på mange års erfaringer helt tilbage fra Aarhus Amt, hvor det fra start blev set som vigtigt, at målingerne skulle udføres på et så detaljeret niveau, at de ansatte og ledelserne kunne genkende egne resultater og føle et ansvar for at følge op på dem, jf. (92) som tidligere beskrevet.

En anden forklaring kunne være, at psykiatrien ved de første målinger i 2005 udviste så problematiske svar, at kun fremgang var mulig. Der er næppe tvivl om, at disse meget dårlige resultater har været set som brændende platforme af både ledelse og medarbejdere, og at det i sig selv har haft en væsentlig betydning for indsatsen. Den faglige selvforståelse var udfordret af resultaterne. Mere generelt kunne man have en teori om, at tilfredshedsmålinger virker bedst, hvor der blotlægges lokale problemer.

4.4.6 Områder med stabil lav patienttilfredshed

Patienttilfredshedsundersøgelsernes effekt og resultater kan også vurderes ved at se på, om der i undersøgelsestidens historie er sket udviklinger på nogle af de problemområder, som undersøgelsen har afdækket.

For eksempel har der i alle undersøgelsesårene i somatikken været dokumenteret markant mere kritiske resultater på Sjælland, når de sammenlignes med resultaterne fra Vestdanmark (114). Det interessante er imidlertid, at LUP-psykiatri-undersøgelserne generelt viser bedre resultater i Region Hovedstaden end andre dele af landet (59) – et fænomen, der også er set i forbindelse med en undersøgelse af patienters oplevelser hos speciallæger over hele Danmark (115). Der er således ikke nødvendigvis gennemgående systematiske geografiske forhold, som kan forklare forskellene i resultater på tværs af landsdele.

Et andet gennemgående resultat fra somatik-undersøgelserne er, at det flere gange er dokumenteret, at det særligt er på de medicinske afdelinger, at man finder den mindste grad af tilfredshed (70) – et forhold, som ikke har ændret sig gennem de år, undersøgelserne har været anvendt.

Spørgsmål om kontinuitet i patienternes forløb har siden undersøgelsestidens start været blandt de mest kritisk besvarede spørgsmål fra patienterne, hvilket stadig er tilfældet (62). Dette er særligt problematisk, når man fra litteraturen ved, at kontinuitet netop er noget, som giver en forskel for patienternes oplevelser og behandlingsresultater (116). Opbygning af relationer må ses som en fundamental forudsætning for patientinddragelse (117).

En fjerde systemisk problemstilling er, at alle landsundersøgelser siden 2000 har vist, at det er de akutte patienter, der er mest utilfredse. Som konsekvens heraf er det valgt at lave et særskilt spørgeskema til akutte patienter. Endnu har dette særlige fokus kun vist marginale forbedringer (62).

Endelig pegede LUP-undersøgelserne de første seks år på, at der særligt var problemer med patienternes oplevelser på de største sygehuse (66,69,118,119). Noget der må tages højde for, når man organiserer de nye store akut-sygehuse.

Samlet må man sige, at LUP-undersøgelserne i tidens løb har dokumenteret et forbedringspotentiale i sundhedsvæsenet, som ikke blot er emner, der kan adresseres til det lokale kvalitetsudviklingsarbejde (104). Nogle af de afdækkede problemer kan også ses som strukturelle problemer, fx den moderne sygehusstruktur, produktivitetsspres og stigende specialisering (120).

4.4.7 Statslig styring af patienttilfredshedsundersøgelserne

Det er ikke tydeligt, hvilken rollefordeling der er mellem staten og regionerne i forhold til styring og opfølgning på patienttilfredshedsundersøgelser. Mest ser det ud, som om der er tale om et fælles projekt omkring et fælles sundhedsvæsen – bedst illustreret ved, at landsrapporterne normalt underskrives af både ministeren og formanden for Danske Regioner.

Men det er også klart, at der løbende må ske en udfordring af et koncept for, at det forbliver levende og nyttigt (106). Man kunne her overveje, om ikke staten i højere grad skulle stå som udfordrer til regionerne, når regionerne både står som sygehusejere og som dem, der tolker og analyserer data.

Styring af patienttilfredshedsundersøgelserns indhold og opfølgning er i vid udstrækning forbundet med noget, der kan opleves som detaljerede teknikaliteter. Men her skal man ikke undervurdere betydningen af, at selv mindre metodiske greb kan ændre på undersøgelsernes indtryk og virkning. Nedenfor er nævnt en række styringsmæssige initiativer, der kan overvejes sat i spil for at gøre

målingerne mere relevante og udfordrende i forhold til de nye problemstillinger, som hele tiden dukker op for patienterne i et sundhedsvæsen under forandring:

Det kunne være en overvejelse værd, om man ikke løbende burde prioritere patienttilfredshedsmålingernes kadence i forhold til områder, der viser stabil høj tilfredshed, modsat områder der udviser kritiske svar – eksempelvis fastholde årlige målinger i forhold til FAM-området, både blandt indlagte og ikke indlagte, og omvendt sænke kadencen på de omfangsrige ambulatorieundersøgelser, som igen og igen dokumenterer høj tilfredshed. Det er ikke her, at sundhedsvæsenet er udfordret, men på områder, hvor patienter i forløb krydser sektor- eller afdelingsgrænser (121).

LUP-målingerne er næsten udelukkende designet til at vurdere konkrete ambulatoriebesøg og konkrete indlæggelser. Man kan kalde dem punktmålinger, men i takt med at vi i stigende grad sætter fokus på patientforløb på tværs af forskellige udbydere, bliver det også vigtigt at afdække, om patienterne oplever sammenhæng i ydelserne. Til det formål må det overvejes at tage nye instrumenter i brug, nemlig forløbsundersøgelser – noget, som allerede er praktiseret med fødselsundersøgelserne og undersøgelsen blandt patienter med kræft.

To eksempler på gode forløbsundersøgelser kunne være: 1) patienter og pårørende på de medicinske afdelinger (70), og 2) undersøgelser blandt patienter med forskellige kroniske sygdomme (122). Begge patientgrupper har dokumenteret kritiske svar, bl.a. fordi de er udfordret af at skulle krydse grænserne i det sektor- og fagopdelte moderne sygehusvæsen baseret på ideen om *chronic care*, hvor patienter med kroniske sygdomme skal behandles på laveste specialistaniveau, typisk uden for sygehusene (121,123).

Hele den moderne sygehusstruktur (124), som indebærer en reduktion af sengeantallet med 20 %, rummer klare udfordringer for nogle patienter med kroniske sygdomme ved, at disse i stigende grad er henvist til at bruge tilbud i primærsektoren (122). Når der sker noget så fundamentalt nyt i sundhedsvæsenet, kan det være en god idé i tide at bruge patientundersøgelserne til at sikre, at der ikke er patienter, der kommer i klemme.

I den forbindelse kan man også overveje, hvilken rolle kommunerne og de praktiserende læger skal spille i et skift fra punktmålinger til forløbsundersøgelser. I dag har disse områder kun undersøgelser, der ikke systematisk er tænkt ind i det samlede sundhedsvæsens billede. Vi har store datamængder om hospitalstilfredshed, men der findes kun i mindre grad systematisk monitorering i kommunerne og blandt de praktiserende læger.

Det er en oplagt mulighed at opfordre til, at alle regioner på det somatiske område får deres rapporter specificeret på det helt lave organisatoriske niveau, da der er tegn til, at sådanne skarpe organisatoriske resultater kan sætte gang i opfølgingsarbejdet. Dels er der argumenter i litteraturen (103), dels er der fremgang i psykiatrien, der netop måler mere detaljeret. Og endelig kan det ikke udelukkes, at Region Midtjyllands faste plads som duks i de somatiske målinger kan kædes sammen med en tradition for detaljerede organisatoriske tilbagemeldinger helt tilbage til 1999.

Endvidere kunne det overvejes at flytte målingerne på sengeafdelingerne fra sommer- til vintermålinger, hvor sygehusene er udfordret maksimalt med travlhed. Hele tiden bør det ligge i LUP-konceptet, at man supplerer de positive resultater ved også at undersøge områder med de vanskeligste vilkår. Meget tyder på, at det er de kritiske resultater, der kan flytte noget både lokalt og systemisk.

LUP har et formål, der hedder, at man skal sammenligne forskelle i patienternes oplevelser. Det mål kunne godt foldes ud til, at man så mere systematisk på forskellene mellem specialerne. Tilsvarende kunne man også levere oversigter over spredningen inden for et bestemt speciale på afdelingsni-

veau. På den måde kunne man skabe et pres mod at forholde sig til data på de forskellige organisatoriske niveauer, herunder også henlede opmærksomheden på, at de forskellige afdelinger måske har forskellige organisatoriske vilkår.

Et andet af formålene med LUP er at levere input til at arbejde med kvalitetsforbedring. For at sikre at intentionen opfyldes, kunne man en enkelt gang foretage en anonym evaluering blandt alle medvirkende afdelingers ledelser om, hvordan de faktisk anvender instrumentet. Spørgsmål i en sådan evaluering kunne være om instrumentet bruges, om spørgsmålene er relevante til afdelingens patienter, om undersøgelsen har resulteret i forandring, hvilke barrierer man oplever for forbedring, og om tilbagerapporteringen er forståelig.

4.5 Vurdering af fordele og ulemper ved landspatienttilfredshedsundersøgelserne

4.5.1 Fordele

Patienttilfredshedsbegrebet er over 50 år blevet fast forankret både i litteraturen og i praktisk kvalitetsudviklingsarbejde. Der er enighed om, at begrebet dækker noget vigtigt trods den uklarhed, som begrebet også rummer.

Det regionale niveau har efter 17 års erfaringer et logistisk velbeskrevet måleværktøj, der leverer løbende målinger i store dele af sundhedsvæsenet – en præstation, som mange sundhedsvæsenere i verden ikke har tilsvarende. Helt overordnet har patienttilfredshedsmålingerne i dag en langt bedre kvalitet, end de havde i de tidlige år.

LUP-undersøgelserne har en styrke i, at de i princippet når ud til alle patienter og alle specialer med generiske spørgsmål; en egenskab, som PRO-redskaber aldrig vil kunne opnå, da deres styrke ligger i det specialerettede og i integreringen med den lokale kliniske praksis (125). Gør man PRO-målingerne generiske, kan de miste den succes, de hidtil har haft (126).

Det er lykkedes med LUP-undersøgelserne at nå helt ned til de enkelte enheder med målrettet resultatinformation, og man har valgt en rapporteringsform, der oplyser den enkelte enhed om signifikante fremgange og tilbagegange, ligesom man oplyser den enkelte afdeling, om de ligger over eller under landsgennemsnittet. Endnu mangler man dog at levere afsnitsrapporter til alle regioner på det somatiske område, hvilket kræver, at man kan skrive præcise afsnitsnavne på spørgeskemaerne, så patienterne ved præcist, hvad de svarer ud fra. En praksis, der har været fulgt i Region Midtjylland siden 1999 (127).

Patienttilfredshedsmålinger har en styrke ved, at ideen umiddelbart opleves forståelig og meningsfuld af de fleste. Blot gennemførelse af undersøgelserne sender et positivt signal til omverdenen om, at patienten er vigtig. Det er en styrke ved instrumentet, at svarene kommer direkte fra patienterne, da det giver resultaterne legitimitet. Der foreligger ingen manipulationsmuligheder.

Siden 2014 er der i somatikken indført en komprimering af resultaterne i forhold til ni teoretiske domæner. Det kan være et godt bidrag til at give overblik. Men nyskabelsen kan blive udfordret af en trend om at finde frem til få og vigtige spørgsmål, så patienterne belastes mindst muligt, og som gør, at resultatformidlingen bliver mere overskuelig (89,93,128).

LUP-undersøgelserne har udnyttet de teknologiske muligheder i takt med, at de har været tilgængelige. Fra 2006 kunne patienterne indtaste svarene elektronisk via et link, og fra 2015 sendes skemaerne ud via e-Boks, så patienterne blot kan svare ved at klikke på et link.

Det er også positivt, at patienternes kommentarer i stigende grad indgår i rapporteringen til afdelinger og afsnit. Erfaringerne har vist, at kommentarer er noget af det mest nyttige i opfølgingsarbejdet til at konkretisere, hvad patienterne mener, der bør laves om (129).

LUP-undersøgelserne har været fleksible i forhold til at tilpasse sig nye udviklinger i sundhedsvæsenet. Undersøgelserne har udviklet sig fra år til år, i takt med at nye temaer er dukket op. Det gælder omkring frit valg, fokus på fejl, kræftpakker, patientinddragelse, akutmodtagelser og privat-hospitaler.

Undersøgelserne i somatikken bør specielt roses for deres undersøgelser af bortfaldsproblematikken. I 2009-undersøgelsen gennemførte man en telefoninterviewundersøgelse blandt patienter, der havde svaret på undersøgelsens skema, og de, der ikke havde. Konklusionen var, at der tilsyneladende ikke var en betydende forskel mellem de, der svarede, og de, der ikke svarede (70).

4.5.2 Ulemper

Målingerne kræver kontakt med alle landets afdelinger inden for psykiatri og somatik. Det er en krævende koordineringsopgave at gennemføre undersøgelserne, fordi der løbende både sker organisatoriske forandringer og forandringer af konceptet. Klinikken oplever, at der ligger arbejde i at deltage.

En af hoveddancerne mod LUP-målingerne er, at der går 3-4 måneder fra patienterne har svaret, til resultaterne kan præsenteres for afdelingerne. Der er udtalte ønsker om mere tidstro data. Og her står man i et dilemma, fordi tidstro data kan være vanskelige at skaffe i høj kvalitet.

LUP-instrumenterne er generisk opbygget, hvilket for nogle afdelinger indebærer, at svarene kan være vanskelige at tolke lokalt. I litteraturen er det tydeligt, at de undersøgelser, der i særlig grad får accept af de sundhedsprofessionelle, er undersøgelser, der er knyttet til det enkelte speciale.

De minimale udsving i resultaterne mellem årene kan have en tendens til, at det er svært at fastholde opmærksomheden om resultaterne.

Undersøgelserne er lagt på nettet i form af rapporter fra hvert undersøgelsesår stort set fra undersøgelsens begyndelse. For den interesserede borger kan det imidlertid fremstå som en vanskelig opgave at orientere sig i det meget omfattende materiale, ikke mindst på grund af de mange ændringer over tid. Måske er tiden til at erkende, at man er gået fra studier til strømme af data, hvilket kræver en anden formidlingsform end rapporter (130).

Undersøgelsesens skemaer er blevet mere og mere voluminøse. Udenlandske erfaringer har vist, at man uden stort tab i information kan reducere antallet af oplevelsesspørgsmål ved at afgrænse skemaet til de vigtigste spørgsmål. Man kunne så til gengæld overveje en kvalificering og supplerung af baggrundsspørgsmålene, fx omkring patienters oplevelse af eget helbred eller deres ønsker til at være aktive i eget forløb, eller vedrørende patienternes kommunale tilhørsforhold af hensyn til at evaluere det primære sundhedsvæsen på enkelte centrale spørgsmål.

Endelig savner undersøgelserne en refleksion over – eller endnu bedre – analyser, der kortlægger, hvad forskellige organisatoriske kontekster måtte betyde for de forskellige afdelingers resultater (131) – noget, som allerbedst kunne underkastes en forskningsmæssig undersøgelse (132). Indtil da kunne man levere flere oversigter over spredningerne mellem sammenlignelige afdelinger.

Opsummerende vurdering af patienttilfredshedsinstrumentet

Klart formål: Undersøgelsesernes formål er klart formuleret, men også forholdsvis bredt, hvilket kan udfordre målingen af den konkrete effekt af styringsinstrumentet.

Effekter: Den patientoplevede kvalitet i psykiatrien er steget, men det er uvist, i hvilken grad dette kan tilskrives LUP-målingerne i sig selv. En mulighed er, at virkningen i psykiatrien går gennem præcis tilbagemelding til små organisatoriske enheder. På det somatiske område ses der ikke klare tidsmæssige bevægelse i resultaterne, hvilket kan skyldes, at der generelt måles på et højere organisationsniveau, nemlig afdelingsniveauet.

Der ses ikke tegn til, at patienterne har brugt undersøgelserne i forbindelse med frit valg.

Samspillet med øvrige styringsinstrumenter i sundhedsvæsenet: Instrumentet indgår i et tæt samspil med andre styringsinstrumenter: Den Danske Kvalitetsmodel, frit valg, kræftpakkerne, de nationale mål og fremtidigt for monitorering af patientansvarlig læge.

Den moderne sygehusstruktur udfordrer tankegangen i LUP-undersøgelserne, som hovedsageligt måler på specifikke besøg. Det moderne sundhedsvæsenes struktur kalder i stigende grad på patientforløbsanalyser, hvor patienter bevæger sig på tværs af specialer, sygehuse og sektorer.

National styring og lokal tilpasning: Instrumenternes form og metode er fastlagt på nationalt niveau, mens opfølgningen skal ske i det regionale ledelsessystem.

Kræver styringsinstrumentets effektivitet understøttelse af data? Instrumentet baserer sig på adgang til Landspatientregisteret (LPR). LPR leverer data specificeret til 7. sygehusklassificeringskode, hvilket svarer til afdelingsniveauet på et sygehus. De regioner, der ønsker data specificeret på et lavere afsnitsniveau, må selv berige data ned på ottende ciffer. Det sker allerede i Region Midtjylland, fordi man her er af den opfattelse, at detaljeret tilbagemelding og ejerskab til undersøgelsesdata er vigtig.

Understøtter instrumentet en enkel og gennemskuelig styring centralt såvel som decentralt? Styringen kan ikke betegnes som enkel og gennemskuelig, hverken centralt eller decentralt. Instrumentet har mange potentielle styringsmekanismer, men der foreligger kun en begrænset dokumentation for, hvordan det virker i praksis. Instrumentet sikrer, at patientoplevet kvalitet bringes på dagsordenen på alle niveauer.

5 Årlige produktivetsopgørelser

Af Betina Højgaard

Sundhedsministeriet har siden 2005 udgivet årlige opgørelser af produktivitet i sygehussektoren, de såkaldte løbende offentliggørelser af produktiviteten i sygehussektoren. Produktiviteten opgøres på lands-, regions- og sygehusniveau ved anvendelse af omkostningsbrøkmethode, som beskrives nærmere i afsnit 5.2.1. Boksen nedenfor giver et overblik over de centrale aspekter i forhold til de årlige produktivetsopgørelser, mens de følgende afsnit giver en mere detaljeret beskrivelse af de årlige produktivetsopgørelser som styringsinstrument.

Centrale aspekter i forhold til årlige opgørelser af produktivitet i sygehussektoren
<i>Definition</i>
Siden 2005 er der udgivet løbende årlige produktivetsopgørelser i sygehussektoren. Produktiviteten opgøres på lands-, regions- og sygehusniveau ved anvendelse af omkostningsbrøkmethode. Det vil sige, at aktiviteten – opgjort ved DRG- og DAGS-takster* – sættes i forhold til de omkostninger, der er medgået til at skabe denne aktivitet.
<i>Formål</i>
Formålet med de årlige produktivetsopgørelser er "at skabe et overblik over niveauet og udviklingen i produktiviteten på de offentlige sygehuse" (s. 3 i (133)). Opgørelserne er samtidig et element i en øget synlighed om resultater, bl.a. som grundlag for læring i forhold til bedste praksis.
<i>Styringsinstrumenttype</i>
Synlighed, resultatmåling og benchmarking.
<i>Centrale hensyn, der understøttes</i>
De årlige opgørelser understøtter ikke i sig selv direkte nogle af de centrale hensyn, idet høj produktivitet ikke i sig selv er lig høj effektivitet. En høj produktivitet og løbende forbedring af produktiviteten er vigtigt for at fastholde en høj aktivitet, men ikke al aktivitet er nødvendigvis lig med effektiv behandling.
<i>Baggrund for indførelsen</i>
Der er en lang tradition for måling af produktiviteten i sygehussektoren. Baggrunden for indførelsen af den løbende offentliggørelse af produktiviteten i sygehussektoren var at sikre en ensartet løbende opgørelse baseret på en fælles metodetilgang. Formålet med indførelsen af årlige opgørelser af produktivitet i sygehussektoren var at sætte fokus på sygehusvæsenets præstationer og dermed at sætte gang i en forbedringsproces, hvor de med størst produktivitet kan give inspiration til andre, mindre produktive enheder.
<i>Tilpasninger</i>
Der er over tid sket en forbedring af grundlaget for produktivetsmålingerne ved, at der er skabt større ensartethed i sygehusenes opgørelser af omkostningerne og som følge af den løbende videreudvikling af DRG-systemet. Endvidere har der fra Sundhedsministeriets side været fokus på, hvordan de relativt simple omkostningsbrøkanalyser kan kvalificeres ved at supplere produktivetsmålene med relevante underliggende indikatorer, fx liggetid inden for samme DRG-gruppe.
<i>Anvendelsen i dag</i>
Foruden den årlige offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren indgår produktivitet på sygehusene som en af indikatorerne for det nationale mål "et mere effektivt sundhedsvæsen". Endvidere er produktivitet et finansieringselement, jf. kapitel 13. De årlige produktivetsopgørelser er imidlertid ikke direkte knyttet til produktivetskravet.

Centrale aspekter i forhold til årlige opgørelser af produktivitet i sygehussektoren

Dokumenteret effekt

Der er ikke foretaget egentlige evalueringer af effekten af de løbende produktivitetsopgørelser. Opgørelserne indfrier formålet om at skabe overblik over niveauet og udviklingen i produktiviteten på de offentlige sygehuse, men de bidrager imidlertid ikke i sig selv med meget information om årsagerne til, hvorfor et sygehus er produktivt eller ej, og de er dermed ikke i sig selv handlingsangivende. For at opnå målet om læring i forhold til bedste praksis kræver det således, at regionerne/sygehusene selv foretager supplerende analyser, hvor der 'zoomes' ind på fx specifikke kvalitetsindikatorer eller afdelings-, speciale- eller DRG-specifikke performancemål.

Implikationer for regionernes styring

Styringsinstrumentet stiller i sig selv ikke konkrete krav til regionernes videreførelse af styringsinstrumentet, men opgørelserne rapporteres på både regions- og sygehusniveau. I og med at styringsinstrumentet i sig selv ikke er direkte handlingsorienteret, er det imidlertid afgørende for styringsinstrumentets effekt, at regionerne foretager supplerende analyser med henblik på at afdække, hvor og hvilke tiltag der er relevante at indføre for at opnå højere produktivitet. Regioner og sygehuse har således en central rolle i forhold til at kvalificere de aggregerede analyser.

Fordele

Det er en klar fordel ved de løbende offentliggørelser af produktiviteten, at den er baseret på ensartede og velkendte metoder og datagrundlag – samt ikke mindst dens kontinuitet.

De løbende opgørelser er med til at fastholde fokus på produktivitet og variationen i produktivitet mellem regioner og sygehuse.

Brøkmotoden er også forholdsvis simpel, og resultaterne fra metoden er enkle at formidle, så selvom der eksisterer andre og mere avancerede metoder til opgørelser af produktivitet på sygehusene, så giver enkelhed en klar formidlingsmæssig fordel.

Ulemper

En svaghed ved de løbende produktivitetsopgørelser er, at de ikke er kvalitetskorrigerede. Produktivitetsopgørelserne udtrykker dermed ikke de forskelle i behandlingskvalitet, der opnås ved et givent ressourceforbrug. Det vil dog i praksis være forbundet med betydelige problemer at foretage en sådan korrektion for kvaliteten.

En anden svaghed er, at opgørelserne ikke i sig selv er direkte handlingsanvisende, da opgørelsen ikke angiver, hvad der er årsag til forskellen.

I forlængelse heraf tager produktivitetsanalyserne ikke højde for de strukturelle rammer, som udefra giver sygehusene bedre eller ringere betingelser for at have en høj produktivitet. Eksempelvis har Bornholms Sygehus andre rammebetingelser end andre sygehuse, hvilket kan forklare (dele af) afvigelsen fra den landsgennemsnitlige produktivitet.

Endvidere er der en række konkrete forhold omkring den anvendte brøkmotode, såsom at der kun delvist via DRG-vægtene/taksterne tages højde for forskel i patientsammensætning, herunder alvorlighedsgrad, at der er mangelfuld/uens rapportering af omkostninger og DRG-kodning, samt forskelle i regnskabsprincipper på tværs af sygehuse.

* Fra og med 2018 eksisterer der ikke DAGS-takster.

5.1 Formålet med de årlige produktivitetsopgørelser

Formålet med de årlige produktivitetsopgørelser er "at skabe et overblik over niveauet og udviklingen i produktiviteten på de offentlige sygehuse" (s. 3 i (133)). Opgørelserne er samtidig et element i en øget synlighed om resultater, bl.a. som grundlag for læring i forhold til bedste praksis (s. 5 i (133)).

5.2 Baggrunden for de årlige produktivetsopgørelser

Den overordnede baggrund for interessen for måling af produktiviteten i sundhedsvæsenet og den offentlige sektor i almindelighed er, at der er nogle karakteristika for den offentlige sektor, som gør det vanskeligt at måle værditilvæksten direkte. Dette skyldes bl.a., at der ikke er knyttet en markedsbestemt pris til sygehusydelse, som afspejler kvaliteten og værdien af ydelsen (s. 11 i (134)). Modsat sygehusene vil virksomheder i den private sektor agere på et marked, der er karakteriseret ved større eller mindre konkurrence. Konkurrencepresset betyder, at virksomhederne har stærkt incitament til at have høj produktivitet, idet ineffektive virksomheder risikerer at blive udkonkurreret. Sygehusene er ikke underlagt samme direkte konkurrencepres, og de er endvidere ikke profitmaksimerende som private virksomheder. Dette antages ifølge den konventionelle tankegang at betyde, at sygehusene ikke har samme entydige incitament til løbende produktivetsforbedringer som private virksomheder (s. 368 i (135)). Produktivetsmålinger på sygehusområdet kan hermed skabe indirekte (sammenlignings-)konkurrence mellem sygehusene for her igennem at øge produktiviteten.

Afregningssystemet, den årlige justering af DRG-taksterne og de løbende opgørelser af produktiviteten på sygehusene er et forsøg på at give et konkurrencepres på sygehusene, så resultaterne på de mest produktive sygehuse synliggøres, mens de mindst produktive sygehuse sættes under pres. Dette kaldes også *'yardstick competition'* (136).

Med økonomiaftalen for 2006 mellem amterne og regeringen blev det aftalt "at gennemføre systematiske og offentligt tilgængelige produktivetsmålinger på sundhedsområdet" (s. 6 i (137)). Det overordnede formål med systematiske og offentligt tilgængelige produktivetsmålinger i sundhedsvæsenet var ifølge sundhedsministeren at sætte fokus på sygehusvæsenets præstationer og dermed et pejlemærke for, hvordan ressourcerne udnyttes bedst (s. 3 i (138)). Målet med produktivetsanalyserne var således at sætte gang i en forbedringsproces, hvor de med størst produktivitet kan give inspiration til andre mindre produktive enheder (s. 7 i (138)).

Den første løbende offentliggørelse af produktiviteten i sygehusvæsenet (139), der var foranlediget af denne beslutning, blev allerede offentliggjort i december 2005 og omhandlede udviklingen i produktiviteten fra 2003 til 2004 på nationalt, regions- og amtsniveau. Siden er der årligt blevet foretaget løbende offentliggørelser af produktiviteten i sygehusvæsenet. Den første delrapport omhandlede kun produktiviteten på nationalt, regions- og amtsniveau, men sygehusniveauet blev allerede tilføjet i anden delrapport. Undtagelsesvis var afdelingsniveauet inkluderet i delrapport 3 som følge af en gennemført pilotundersøgelse med nøgletal og produktivetsindikatorer for udvalgte afdelinger i sygehussektoren (140). Pilotundersøgelsen omtales nærmere i afsnit 5.4.1.

I en lang årrække forud for indførelsen af de løbende offentliggørelser af produktiviteten i sygehussektoren blev der også foretaget produktivetsopgørelser af såvel centrale sundhedsmyndigheder samt amterne. Der var imidlertid ikke en fælles koordinering af disse opgørelser samt manglende fælles metodetilgang til opgørelsen af produktiviteten. Foruden sikring af en løbende offentliggørelse af produktiviteten i sygehussektoren var der en målsætning om at udvikle en model for systematisk offentliggørelse af produktivetsmålinger i sundhedsvæsenet (s. 4 i (139)).

De løbende offentliggørelser af produktiviteten i sygehussektoren udarbejdes i et samarbejde mellem regionerne, Danske Regioner, Finansministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet (formand) – også betegnet arbejdsgruppen. Et centralt hensyn i arbejdsgruppen har været, at det er den samme opgørelsesmetode, som anvendes til produktivetsopgørelserne fra år til år. Herved sikres sammenlignelighed mellem opgørelserne fra år til år. Et andet hensyn har været, at der anvendes en relativ

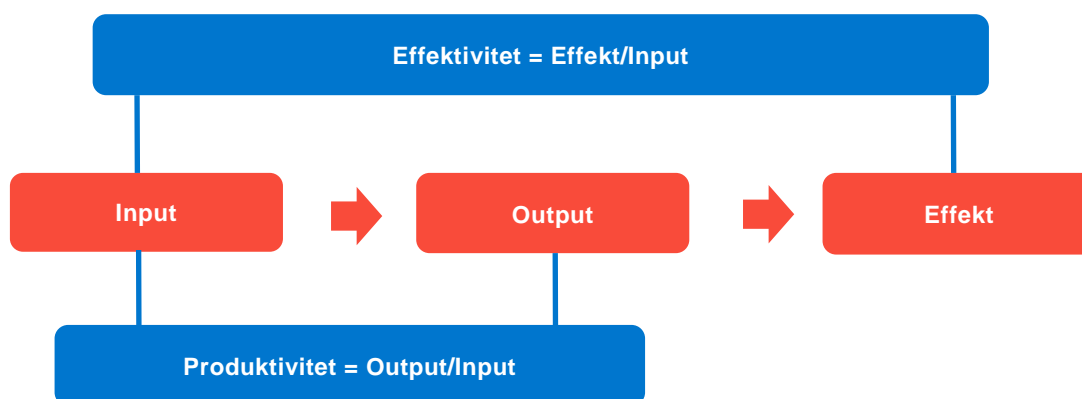
simpel opgørelsesmetode for at sikre gennemsigthed i målingerne (s. 3 i (133)) . Den anvendte opgørelsesmetode beskrives i det følgende afsnit.

Der er ikke knyttet økonomiske sanktioner til den årlige produktivetsopgørelse. Opgørelsen foretages retrospektivt, mens der for den statslige aktivitetspulje og produktivetskravet er knyttet økonomiske incitamenter til den prospektive styring af regionernes samlede aktivitet.

5.2.1 Måling af produktivitet

Produktivitet er et mål for, hvor stort et output der skabes ud fra et givent input, dvs. hvor godt bliver ressourcerne udnyttet og omdannet til output (se Figur 5.1). Med input forstås de ressourcer, der anvendes til at producere ydelser, mens output er det umiddelbare 'produkt' af indsatsen, fx antal ydelser der produceres. Produktivitet opgøres således som forholdet mellem værdien af output og input.

Figur 5.1 Sammenhængen mellem produktivitet og effektivitet



Kilde: Figur 4 i (134).

Det er vigtigt ikke at forveksle produktivitet med effektivitet. Jævnfør Figur 5.1 er effektivitet forholdet mellem effekt, dvs. virkningen af outputtet, og input. Høj produktivitet er således ikke nødvendigvis lig med høj effektivitet (141). Hvis output i sygehusvæsenet eksempelvis måles som antal ydelser, kan der opnås højere produktivitet ved at øge antallet af ydelser ved samme input. Effektiviteten vil imidlertid ikke nødvendigvis øges i samme omfang som produktiviteten, idet det afhænger af, hvordan de ekstra antal ydelser påvirker den samlede effekt af ydelserne. Det vil i dette tilfælde sige, hvordan de ekstra ydelser påvirker patienternes helbred. Umiddelbart burde vi som samfund være mere interesseret i effektiviteten af sygehusvæsenet end produktiviteten. Forklaringen på, at samfundet trods dette fokuserer på produktivitet i de løbende opgørelser og ikke effektivitet, er, at det kan være svært at måle den isolerede effekt af sygehusvæsenet og dermed finde retvisende indikatorer og metoder til opgørelse af effektiviteten. Endvidere vil effekten af sygehusvæsenet også afhænge af udefra kommende faktorer (fx borgernes sundhedsadfærd), samt der kan være en længere tidsperiode mellem indsatsen og den sundhedsrelaterede effekt (s. 16 i (134)).

Der findes flere metoder til opgørelse af produktivitet. Den anvendte metode til opgørelse af produktiviteten i de løbende offentliggørelser af produktiviteten i sygehussektoren benævnes omkostningsbrøkmotoden, hvilket betyder, at produktiviteten opgøres som forholdet mellem værdien af sygehusbehandlingen og udgifterne, dvs.:

$$\text{Produktivitet} = \frac{\text{Produktivtetsværdi (opgjort i DRG-værdi)}}{\text{Udgift (baseret på driftsudgifterne)}}$$

Værdien af sygehusbehandlingen, dvs. produktionsværdien, opgøres ved brug af DRG-systemet⁵. For at sikre at opgørelsen af behandlingernes værdi kan sammenlignes mellem forskellige sygehuse, foretages der visse korrektioner af hospitalernes DRG-produktionsværdier. For eksempel er der hidtil blevet foretaget korrektion for medicinudgifter på ambulante afdelinger, idet disse udgifter ikke har indgået retvisende i DAGS-værdierne, da forbruget af medicin er uensartet fordelt mellem sygehuse (s. 19-20 i (133)). For nærmere beskrivelse af værdiopgørelsesmetoden se s.19-22 i (133).

Omkostningerne opgøres ved brug af sygehusenes tilrettede driftsudgifter, som beregnes på baggrund af regnskabsindberetninger fra sygehuse. Det er de samme udgifter, der ligger til grund for beregning og fastsættelse af DRG-taksterne. Driftsudgifterne korrigeres, så der sikres den størst mulige sammenlignelighed mellem sygehuse og mellem årene. Endvidere fratrækkes udgifter til internt finansieret forskning og medicin på ambulante afdelinger, da der er stor forskel på udgifterne til intern forskning, der som udgangspunkt ikke indgår i beregningen af DRG-taksterne, og sikre, at medicinudgifternes indflydelse på produktivetsberegningerne neutraliseres (s. 21-22 i (133)).

Brøkens størrelse udtrykker dermed produktionsværdien pr. omkostningskrone, dvs. jo højere opnåede brøkværdi, jo højere produktivitet.

Der er over tid sket en forbedring af grundlaget for produktivetsmålingerne i form af, at der er skabt større ensartethed i sygehusenes opgørelse af omkostningerne til omkostningsdatabasen og som følge af den løbende videreudvikling af DRG- og DAGS-grupperne, der har bidraget til større resourcehomogenitet inden for de enkelte grupper (s. 304 i (142)). Endvidere har der fra Sundhedsministeriets side været fokus på, hvordan de relativt simple omkostningsbrøkanalyser kan kvalificeres ved at supplere produktivetsmålene med relevante underliggende indikatorer. Ønsket med supplerende indikatorer skal ses i lyset af, at informationen fra generelle produktivetsanalyser ikke nødvendigvis er særlig handlingsangivende og dermed ikke brugbare i den konkrete styring af sygehuse. Produktivetsanalyserne giver således ikke direkte indsigt i, hvori de konkrete forskelle består, og dermed hvilke ændringer det er, at mindre produktive enheder skal foretage for at opnå større produktivitet. Supplering af produktivetsanalyserne med underliggende indikatorer kan bidrage til identifikation heraf. Ligeledes kan de benyttes til at tage højde for eventuelle objektive forhold såsom patienttyngde, der kan påvirke omkostningsniveauet og dermed være forklarende faktor for forskel i produktivitet (s. 81 i (5)). Eksempler på indikatorer er forskellige kvalitetsindikatorer eller afdelings-, speciale- eller DRG-specifikke performancemål, fx liggetid inden for samme DRG-gruppe.

Der findes alternativer til brøkmeter, herunder økonometrisk regressionsbaserede analysemetoder og operationsanalytiske metoder. Som eksempel er Data Envelopment Analysis (DEA) (143), Stochastic Frontier Analysis (SFA) og strukturel estimation af sygehuse omkostningsfunktion (144) anvendt i forskningssammenhæng. Disse metoder er mere avancerede at anvende, og resultaterne er sværere at fortolke direkte, men metoderne kan også tage højde for flere forhold, som kun vanskeligt kan inddrages i brøkmeter. Det vil føre for vidt at drøfte metodiske fordele og ulemper her, men se bl.a. nærmere i (145).

⁵ DRG-systemet anvendes til at værdisætte ydelser og beskrive aktiviteter i sygehusvæsenet. Systemet er således et redskab til at klassificere patienter i klinisk meningsfulde og resourcehomogene grupper. Historisk har DRG-systemet været opdelt i DRG- og DAGS-systemet, hvor DRG-systemet omhandlede klassifikation af stationære patienter (DRG: diagnoserelaterede grupper), mens DAGS-systemet omhandler klassifikation af ambulante patienter (DAGS: dansk ambulant grupperingsystem), men med virkning fra 2018 sondres der ikke længere mellem stationære og ambulante indlæggelser i DRG-systemet.

5.2.2 Styringsinstrument type

Den løbende offentliggørelse af produktiviteten i sygehussektoren er med til at skabe synlighed omkring produktivetsforholdene i det danske sundhedsvæsen og herigennem skabe afsæt for konkurrence (yardstick competition/sammenligningskonkurrence), idet offentliggørelsen af resultaterne er med til at sætte fokus på, om den enkelte enhed gør det mere eller mindre godt. Offentliggørelsen af produktiviteten er hermed primært rettet mod udbydere af sundhedsydelser og møntet på at skabe en forbedringsdagsorden hos disse via benchmarking.

De årlige opgørelser understøtter ikke i sig selv direkte de centrale hensyn, og høj produktivitet er ikke i sig selv lig høj effektivitet. Endvidere afhænger instrumentets effekt af, i hvilket omfang de enkelte enheder er i stand til at identificere, hvordan de kan forbedre deres produktivitet, herunder om det er muligt at kortlægge, hvorfor en given enhed er mindre produktiv, og dermed hvilke ændringer der vil kunne skabe højere produktivitet. Denne diskussion vil blive udfoldet yderligere i de efterfølgende afsnit.

5.3 Anvendelsen af de årlige produktivetsopgørelser i dag

Der offentliggøres årligt en delrapport om produktiviteten i sygehusvæsenet. Den trettende delrapport, som omhandler udviklingen fra 2015 til 2016, blev offentliggjort i januar 2018 (133). I delrapporten er produktiviteten i tråd med tidligere års opgørelser opgjort på lands-, regions- og sygehusniveau og ved anvendelse af omkostningsbrøkmotoden. Inddelingen på sygehusniveau tager udgangspunkt i de ledelsesmæssigt relevante enheder, dvs. at betegnelsen sygehus i nogle tilfælde dækker over flere matrikler. Eksempelvis opgøres produktiviteten samlet for Køge og Roskilde Sygehuse.

Det beregnede udtryk for produktivitet anvendes dels til at opgøre produktivetsudviklingen fra år til år, dels til sammenligning af produktivetsniveauet på tværs af regioner og sygehuse (s. 22 i (133)). Opgørelsen af produktivetsudviklingen kan benyttes som pejlemærke for, om det enkelte sygehus eller den enkelte region bevæger sig i den ønskede retning over tid, hvorimod produktivetsniveauet i højere grad kan anvendes til sammenligning af sammenlignelige enheder (s. 5 i (133)).

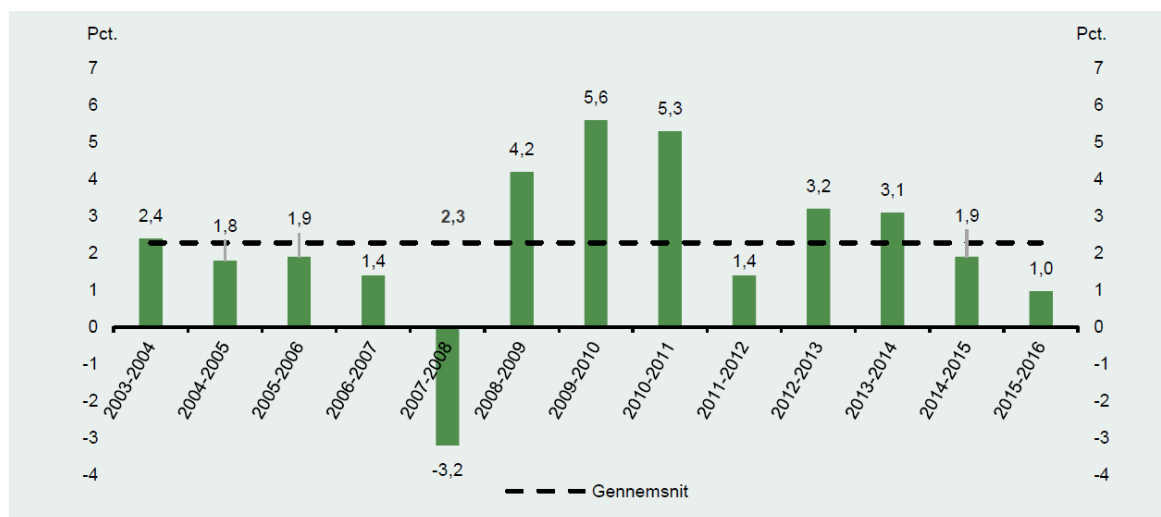
I rapporten sammenlignes de enkelte sygehuses produktivetsniveau med landsgennemsnittet. Grunden til, at den faktiske produktivitet måles relativt til landsgennemsnittet, er, at der er manglende information om, hvor stor en produktion der ideelt set kan opnås med et givet ressourceforbrug. Dette skyldes, at der ikke er et naturligt referencepunkt at holde sygehuse op mod (s. 299 i (142)). For at denne sammenligning er meningsfuld, ligger der en indbygget antagelse om konstant skalaafkast, hvilket vil sige, at output ændres med samme proportionalitetsfaktor som ændringen i input (s. 301 i (142)). Eller sagt med andre ord ligger der en antagelse om, at alle sygehuse uagtet størrelse mv, har mulighed for at være lige produktive. Begrænsninger i kapaciteten, vilkår eller stordriftsfordele kan imidlertid have stor betydning for produktiviteten. I den trettende delrapport er dette forsøgt håndteret ved at foretage subgruppe-analyse af produktiviteten opdelt på henholdsvis landets fire traumesygehuse og øvrige sygehuse (133).

Produktivitet på sygehuse indgår endvidere som en af indikatorerne for det nationale mål "mere effektivt sundhedsvæsen". Se kapitel 3 for yderligere beskrivelse af de nationale mål.

5.4 Effekt og resultat af de årlige produktivetsopgørelser

Der er ikke foretaget egentlige evalueringer af de løbende produktivetsopgørelser. Af den senest offentliggjorte delrapport fremgår det, at der har været en vedvarende positiv produktionstilvækst på landsplan, jf. Figur 5.2. Bag denne udvikling gemmer der sig imidlertid store forskelle i den årlige udvikling på landsplan samt på regionalt (jf. Tabel 5.1) og sygehusniveau (ikke vist).

Figur 5.2 Udviklingen i sygehusenes produktivitet, 2003-2016



Anm.: Faldet i 2008 skyldes overenskomststrejken blandt dele af sundhedspersonalet i foråret 2008.

Kilde: Figur 2.1 (133).

Tabel 5.1 Udviklingen i regionernes produktivitet, 2003-2016

Region	Produktivetsudvikling år til år, i procent													Gns. pct.
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	
Hovedstaden	2,2	1,9	1,9	0,1	-2,7	4,7	8,3	5,0	3,0	3,1	2,8	0,5	-0,3	2,3
Sjælland	1,6	-0,3	1,6	1,5	-2,7	5,2	7,5	6,3	1,3	4,4	0,3	6,2	1,0	2,6
Syddanmark	2,7	2,4	2,1	1,0	-2,0	5,0	3,6	5,6	-0,3	4,1	2,3	1,8	2,4	2,3
Midtjylland	2,8	2,1	1,4	2,4	-5,6	2,4	4,4	3,6	0,7	3,1	4,9	0,9	1,0	1,8
Nordjylland	2,8	1,9	2,7	4,2	-2,7	4,1	0,6	8,1	1,0	-0,6	5,0	4,2	2,7	2,6
Hele landet	2,4	1,8	1,9	1,4	-3,2	4,2	5,6	5,3	1,4	3,2	3,1	1,9	1,0	2,3

Anm.: Faldet i 2008 skyldes overenskomststrejken blandt dele af sundhedspersonalet i foråret 2008.

Kilde: Tabel 2.4 i (133).

Umiddelbart indfrier de løbende årlige produktivetsopgørelser formålet om at skabe overblik over niveauet og udviklingen i produktiviteten på de offentlige sygehuse. Det kan imidlertid diskuteres, hvorvidt opgørelserne indfrier målet om at skabe synlighed om resultater, bl.a. som grundlag for læring i forhold til bedste praksis. Produktivetsopgørelserne bidrager således ikke i sig selv med meget information om årsagerne til, hvorfor et sygehus er produktivt eller ej, men kan udelukkende benyttes til at give det enkelte sygehus information om dets relative produktivitet i forhold til andre sygehuse, herunder være med til at pege på, hvilke sygehuse et mindre produktivt sygehus bør sammenligne sig med. Det betyder, at der på sygehusniveau kan være behov for at supplere med analyser, hvor man 'zoomer' ind på fx specifikke kvalitetsindikatorer eller afdelings-, speciale- eller

DRG-specifikke performancemål for at få afdækket, hvor og hvorfor produktivetsforskellene forekommer (s. 304 i (142)).

5.4.1 Indikatorer og performancemål

I forbindelse med delrapport tre blev der gennemført en pilotundersøgelse med opstilling og beregning af produktivetsindikatorer og nøgletal for udvalgte sygehusafdelinger (140). Pilotundersøgelsen var et resultat af ønsket om at kunne foretage produktivetsmålinger på udvalgte afdelinger og en samtidig erkendelse fra arbejdsgruppens side af, at omkostningsbrøkmotoden ikke er anvendelig på afdelingsniveau. Datakvaliteten af DRG-produktionsværdien og omkostningerne er således ikke tilstrækkelig på afdelingsniveau som følge af, at det bl.a. kan være svært at fordele faste omkostninger objektivt og produktionsværdier for patienter, som behandles på flere afdelinger.

Pilotprojektet fokuserede udelukkende på specialerne kirurgisk gastroenterologi og gynækologi/obstetrik. Arbejdsgruppen udpegede i alt syv nøgletal og ni produktivetsindikatorer, som til sammen afspejler afdelingens aktivitet, omkostninger, personaleomfang og arbejdstilrettelæggelse mv. Nøgletal for afdelingen bestod eksempelvis af ambulante besøg og DRG-produktionsværdi, mens liggetid og ambulante besøg pr. ambulante operation er eksempler på udpegede indikatorer i pilotprojektet (s. 43-44 i (146)). Der var tale om generelle nøgletal og indikatorer, som vil kunne opgøres for alle specialer.

Afdelingsniveauet har ikke været inkluderet i efterfølgende delanalyser. I stedet har der fra ministeriets side over årene været arbejdet med at udvide analyserne af sygehusenes performance til også at inddrage en række indikatorer relateret til kvalitet og omkostningseffektivitet for specifikke DRG-grupper af behandling (147-150) – eksempelvis i form af beregning af sygehusspecifikke takster, hvormed der kan opstilles en så kaldt *best practice-takst*. Ved brug af behandlings- og afdelings-specifikke indikatorer kan der således opnås større indsigt i, hvad der genererer den bedre produktivitet, og dermed hvordan produktiviteten eksempelvis vil kunne forbedres gennem ændrede behandlingsmetoder, arbejdsgange, forbedrede behandlingsforløb o.l. Partielle produktivetsindeks for specifikke behandlingsgrupper udgør et vigtigt supplement til de aggregerede produktivetsanalyser baseret på de løbende produktivetsopgørelser. Det skal dog bemærkes, at der ikke systematisk gennemføres supplerende analyser, men at de kun er blevet udarbejdet i enkelte år.

5.4.2 Produktivetsopgørelserne er ikke kvalitetskorrigerede

En anden udfordring i forhold til at opnå det tilsigtede formål om at skabe synlighed om resultater, bl.a. som grundlag for læring i forhold til bedste praksis, er, at produktivetsopgørelserne ikke er kvalitetskorrigerede. Den manglende kvalitetskorrektion gør, at der dels er risiko for at over- eller underestimere væksten i produktiviteten, dels er der risiko for, at eksempelvis det sygehus, som udpeges som mest produktivt, ikke er det mest effektive, og dermed svækkes viden, der kan udtrækkes fra produktivetsopgørelserne.

Der er ikke i regi af de løbende produktivetsopgørelser gjort forsøg med kvalitetskorrigerede produktivetsopgørelserne. Danmarks Statistik har derimod forsøgt sig med det som led i produktivetsberegningerne i nationalregnskabet (151,152). De anvendte kvalitetsindikatorer til kvalitetskorrigeret i Danmarks Statistiks opgørelse er:

- AMI (blodprop i hjertet), 30 dages mortalitetsrate
- Blødende slagtilfælde, 30-dages dødelighed
- Iskæmisk slagtilfælde, 30-dages dødelighed
- Livmoderhalskræft, femårs relativ overlevelseshast

- Brystkræft, femårs relativ overlevelsesrate
- Tyktarmskræft, femårs relativ overlevelsesrate
- Astmadødelighed
- Ventetid på operation for hoftefraktur
- Patienttilfredshedsundersøgelser
- Ventetid

I og med at en række af ovenstående indikatorer kun er kvalitetsindikatorer for en lille del af DRG-grupperne, er det kun DRG-grupper, der har disse kvalitetsindikatorer, som bliver kvalitetskorrigeret i Danmarks Statistiks analyser. Det vil sige, at der anvendes partiel kvalitetskorrektion (s. 32 i (151)).

Den manglende anvendte kvalitetskorrigeret i de løbende produktivetsopgørelser afspejler, at det er svært at finde en brugbar metode, som dækker alle sygehusbehandlinger. I stedet arbejdes der parallelt med produktivetsopgørelserne med kvalitetsindikatorer for sygehusvæsenet, som fx offentliggøres på www.sundhed.dk, www.sundhedskvalitet.dk og www.rkkp.dk. Endvidere følges kvaliteten via de 8 nationale mål, hvorved der skabes synergi med andre styringsinstrumenter, som herved kan kvalificere anvendelsen af produktivetsopgørelserne. Der er imidlertid en udfordring i forhold til, hvordan de enkelte kvalitetsmål skal samvejes.

5.4.3 Regionernes anvendelse af de løbende produktivetsopgørelser

En anden indirekte metode til at undersøge effekten af de løbende produktivetsopgørelser er at kigge på regionernes anvendelse af disse, og dermed hvorvidt de afføder den tilsigtede handling hos regionerne i forhold til at arbejde med at forbedre produktiviteten gennem læring af de gode eksempler.

I delrapport 3 (146) indgår der, som den eneste delrapport, en præsentation af, hvordan de hidtidige produktivetsopgørelser er blevet anvendt i praksis blandt regioner og sygehuse. Det fremgår heraf, at amter og regioner arbejder fokuseret og målrettet med produktivetsmålinger, og at de bl.a. anvender det som redskab til benchmarking, og at flere regioner arbejder videre med egne opgørelser af produktivitet (s. 22-23 i (146)). Endvidere er der eksempler på, at nogle af regionerne har anvendt produktivetsopgørelserne til opstilling af differentierede produktivetskrav for de enkelte sygehuse i deres anvendte takststyringsmodeller (s. 91 i (5)).

I delrapport 3 gives der yderligere eksempler på, hvordan der i Region Sjælland i 2007 på baggrund af et dårligt resultat i tidligere opgørelser af landsdelsanalysen blev igangsat et fælles arbejde vedrørende en produktivetshandleplan. Formålet med handleplanen var at identificere områder, hvor sygehuse var trængte og gerne vil lære noget af andre, og områder hvor sygehuse har haft gode resultater. Afdækningen resulterede i syv områder, som en fælles projektgruppe efterfølgende arbejdede videre med at analysere og identificere anbefalinger for (s. 23 i (146)). Det kan i denne sammenhæng bemærkes – uden dog at kunne bruges som direkte indikation af effekten af regionens indsats – at Region Sjælland inden 2007 på intet tidspunkt havde den bedste eller den næstbedste produktivetsudvikling i regionerne, mens de i årene efter 2007 havde henholdsvis den bedste og næstbedste produktivetsudvikling, jf. Tabel 5.1.

Af delrapport 3 fremgår det endvidere, at der er stor offentlig interesse for opgørelserne, og der løbende arbejdes med at identificere usikkerheder i analysen med henblik på at opnå bedre sammenlignelighed på tværs af regioner og sygehuse (s. 22-23 (146)). Yderligere fremgår det af økonomiaftalen for 2008, at "Danske Regioner har oprettet en idé- og vidensbank, hvor regionernes medarbejdere deler erfaringer, der har ført til bedre og mere effektiv opgavevaretagelse" (s. 41 i

(153)). Især i de første år var der stor opmærksomhed omkring opgørelserne, mens der i dag ikke synes at være den samme opmærksomhed på regionalt plan.

Inden udgivelserne af opgørelserne følger der en del iteration, så der sikres overensstemmelse med datagrundlaget og de bagvedliggende lokale aktivitets- og økonomistyringssystemer. Datagrundlaget kan således lokalt bruges til meget andet. Regionerne har i dag mulighed for via eSundhed løbende at monitorere regionens kvalitetsindikatorer og omkostningerne i omkostningsdatabasen på tæt hold.

2 % produktivetskravet har yderligere forstærket regionernes incitament for at arbejde med at forbedre produktiviteten, og det er dermed svært at isolere effekten af de årlige bagudrettede opgørelser.

5.5 Vurdering af fordele og ulemper ved de årlige produktivetsopgørelser

Det er en klar fordel ved de løbende offentliggørelser af produktiviteten, at den er baseret på ensartede og velkendte metoder og datagrundlag, samt ikke mindst dens kontinuitet. Analyserne kan herved benyttes til at illustrere udviklingen over tid og til indikation af de enkelte regioners og sygehuses produktivitet – og dermed anvendes som pejlemærke for, hvordan regionerne og sygehusene udnytter ressourcerne. Lignende sygehuse får eksempelvis mulighed for løbende at kunne sammenligne sig med hinanden. Opgørelserne er imidlertid ikke særlig informative om årsagen til, at en given region eller sygehus erklæres uproduktivt. Analysen er dermed ikke i sig selv særlig policyorienteret (s. 299 i (142)). Det vil sige, at de ikke anviser, hvad der er årsag til forskellen, og kommer dermed ikke med klare anvisninger for, hvad der skal ændres for at forbedre produktiviteten. Dette kan imidlertid gøres ved at supplere de løbende offentliggørelser af produktiviteten med disaggregerede analyser, hvor der 'zoomes' ind på fx specifikke kvalitetsindikatorer eller afdelings-, speciale- eller DRG-specifikke performancemål. Denne type af analyser er imidlertid meget datakrævende, og de kræver, at man rimelig præcis kan afgrænse, specielt hvilke omkostninger der hører sammen med hvilken aktivitet (ibid.).

En fordel ved den anvendte brøkmethode er, at den er forholdsvis simpel og enkel at formidle, så selvom der eksisterer andre og mere avancerede metoder til opgørelse af produktivitet på sygehuse, så giver enkelheden en klar formidlingsmæssig fordel.

En svaghed ved de løbende produktivetsopgørelser er, at de ikke er kvalitetskorrigerede. Produktivetsopgørelserne udtrykker dermed ikke forskelle i behandlingskvalitet, der opnås ved et givet ressourceforbrug (s. 5 i (133)). Det vil dog i praksis være forbundet med betydelige problemer at foretage korrektion for kvaliteten. I forlængelse heraf tager produktivetsanalyserne ikke højde for strukturelle rammer, som giver sygehusene udefra givne bedre eller ringere betingelser for at have en høj produktivitet. Eksempelvis har Bornholms Sygehus andre rammebetingelser end de øvrige sygehuse, hvilket kan forklare (dele af) afvigelsen fra den landsgennemsnitlige produktivitet.

Yderligere er der en række konkrete forhold omkring den anvendte brøkmethode. Brøkmethode måler produktivitet, hvilket ikke er det samme som effektivitet, da metoden ikke som sådan ser på typen af aktivitet, valg af behandling og outcome ved behandling. Endvidere justerer brøkmethode for de forskelle i patientsammensætning, som er indeholdt i DRG-systemet, men der kan potentielt være en række andre faktorer ud over faktorer i dette system, der påvirker variationer i omkostninger, som der ikke tages højde for (154). DRG-systemet, som anvendes til fastsættelse af værdien af de producerede ydelser, tager kun overordnet højde for tyngden af de enkelte behandlinger. I DRG-

systemet er bundter af ofte ret forskellige behandlinger samlet i en bredt dækkende gennemsnitsværdi og -omkostning. DRG-taksten er hermed ikke reelt lig med, hvad byrden og dermed omkostningen ved den enkelte behandling er. Hertil hører, at der er mangelfuld/uens rapportering af omkostninger og DRG-kodning samt forskelle i regnskabsprincipper på tværs af sygehuse. Endvidere er brøkmotoden baseret på en antagelse om konstant skalaafkast, hvorved der i opgørelsen ikke tages højde for eventuelle stordrifts- og samdriftsfordele. Dette kan dog delvis håndteres ved i sammenligningen af produktiviteten mellem sygehuse at gruppere sygehuse i sammenlignelige størrelser på baggrund af eksempelvis størrelse eller sygehustype.

Produktivitet på sygehuse indgår som en af indikatorerne for det nationale mål "mere effektiv sundhedsvæsen". Endvidere understøtter de årlige opgørelser og produktivitetskravet hinanden.

Opsummerende vurdering af årlige opgørelser af produktivitet i sygehusektoren

Klart formål: Formålet med de årlige produktivetsopgørelser er at skabe et overblik over niveauet og udviklingen i produktiviteten på de offentlige sygehuse med henblik på at øge synligheden om resultaterne og dermed skabe grundlag for læring.

Effekter: Opgørelserne indfrier formålet om at skabe overblik over niveauet og udvikling i produktiviteten på de offentlige sygehuse. Produktivetsopgørelserne bidrager imidlertid ikke i sig selv med meget information om årsagerne til, hvorfor et sygehus er produktivt eller ej, og er dermed ikke særlig handlingsangivende. Få at opnå målet om læring i forhold til bedste praksis kræver det således, at regionerne/sygehuse selv foretager supplerende analyser, hvor der 'zoomes' ind på fx specifikke kvalitetsindikatorer eller afdelings-, speciale- eller DRG-specifikke performancemål.

Samspelet med øvrige styringsinstrumenter i sundhedsvæsenet: Produktivitet på sygehuse indgår som en af indikatorerne for det nationale mål "mere effektiv sundhedsvæsen". Endvidere understøtter de årlige opgørelser og produktivitetskravet hinanden. Opgørelserne understøtter ikke i sig selv andre styringsinstrumenter.

National styring og lokal tilpasning: Der anvendes en standardiseret metode til opgørelsen. De løbende offentliggørelser er imidlertid ikke i sig selv direkte handlingsorienterede, hvorfor styringsinstrumentets effekt afhænger af, at regionerne foretager supplerende analyser med henblik på at afdække, hvor og hvilke tiltag der er relevante at indføre for at opnå højere produktivitet. Regionerne og sygehuse har således en central rolle i forhold til at kvalificere de aggregerede analyser.

Kræver styringsinstrumentets effektivitet understøttelse af data? Produktivetsopgørelserne kræver understøttelse af data af høj kvalitet, og hermed menes, at der lokalt på sygehuse anvendes ensartet praksis i forhold til DRG-registrering og sygehuses opgørelse af omkostninger til omkostningsdatabasen, og hertil muligheden for at inddrage yderligere data til at foretage korrektion af centrale forskelle mellem sygehuse. Der arbejdes løbende med at forbedre og videreudvikle DRG-systemet og indrapporteringen til omkostningsdatabasen.

Understøtter instrumentet en enkel og gennemskuelig styring centralt såvel som decentralt? På centralt niveau giver produktivetsopgørelserne et godt overblik over niveauet og udviklingen i produktiviteten på de offentlige sygehuse. Manglende kvalitetsjustering og direkte information om, hvad de bagvedliggende årsager til de observerede forskelle er, giver imidlertid udfordringer med gennemskueligheden af årsagerne til de opnåede resultater. Opgørelserne er dermed ikke særligt handlingsangivende.

6 Specialeplanlægning

Af Marie Jakobsen

Grundlæggende handler specialeplanlægning om at regulere fordelingen og antallet af forskellige (specialiserede) sygehusfunktioner, herunder udforme krav og/eller anbefalinger til den konkrete organisering (155). Specialeplanlægningen foregår på to organisatoriske niveauer: på landsplan (varetaget af Sundhedsstyrelsen) og på regionalt niveau (internt i regionen eller bilateralt mellem regioner) (155). I dette kapitel vil det være specialeplanlægningen på landsplan, der fokuseres på.

Boksen nedenfor giver et overblik over de centrale aspekter i forhold til specialeplanlægning. I de følgende afsnit gives en mere detaljeret beskrivelse.

Centrale aspekter i forhold til specialeplanlægning	
<i>Definition</i>	Sundhedsstyrelsen har i henhold til sundhedsloven til opgave at fastsætte specialfunktioner i sygehusvæsenet og deres placeringer på sygehus. Det sker gennem specialevejledninger for hvert enkelt speciale, som tilsammen udgør den samlede specialeplan.
<i>Formål</i>	Formålet med specialeplanlægningen er at sikre høj faglig kvalitet i behandlingen og helhed i patientforløbene under hensyn til effektiv ressourceudnyttelse gennem bl.a. et tilstrækkeligt patientvolumen til at opbygge og vedligeholde ekspertise samt stordriftsfordele (156).
<i>Styringsinstrumenttype</i>	Kliniske anbefalinger, retningslinjer og standarder.
<i>Centrale hensyn, der understøttes</i>	Kvalitet ud fra antagelse om flere operationer/procedure på færre hænder giver bedre kvalitet.
<i>Baggrund for indførelsen</i>	Den nationale danske specialeplanlægning, som vi kender den i dag, blev vedtaget af Folketinget med sundhedsloven i 2005, hvor Sundhedsstyrelsens beføjelser blev styrket. Baggrunden var et ønske om at sikre en mere effektiv koordinering af specialeplanlægningen, herunder samling af den mest specialiserede behandling.
<i>Tilpasninger</i>	Specialeplanen revideres med jævne mellemrum. Den seneste specialeplan er fra 2017.
<i>Anvendelsen i dag</i>	I specialeplanen fastsætter Sundhedsstyrelsen krav til og godkender placering af specialfunktioner på offentlige og private sygehuse for så vidt angår offentlig finansieret sygehusaktivitet. Når Sundhedsstyrelsen godkender en specialfunktion, sker det altid på grundlag af en ansøgning, hvor sygehuset beskriver det lokale faglige og organisatoriske setup. Revurdering af godkendelser sker, hvis Sundhedsstyrelsen vurderer, at et sygehus ikke kan opretholde den faglige kvalitet i tilstrækkeligt omfang, herunder opfylde de fastsatte krav (primært antallet af operationer).

Centrale aspekter i forhold til specialeplanlægning

Dokumenteret effekt

Årlige statusrapporter viser generelt en fornuftig overholdelse af specialeplanen. Med statusrapporterne har Sundhedsstyrelsen mulighed for at overvåge overholdelsen af specialeplanen for så vidt angår de sygehuse, som er godkendt til at udføre en given specialfunktion.

Det er vanskeligt at dokumentere, om specialeplanlægningen har medført øget kvalitet i den sundhedsfaglige indsats og bedre ressourceudnyttelse i Danmark, da det er en udfordring at isolere effekten af specialeplanen. Sammenhængen mellem volumen og outcome for patienten er veldokumenteret i den videnskabelige litteratur inden for kirurgiske specialer, men det er uklart, hvad der skaber sammenhængen. Herudover er sammenhængen mellem volumen og outcome inden for ikke-kirurgiske specialer ikke lige så veldokumenteret i den videnskabelige litteratur.

Der er bred enighed i lægefaglige kredse om, at specialeplanlægningen har medvirket til at øge kvaliteten i den specialiserede del af sygehusvæsenet i Danmark. Der er dog en bekymring for, at specialeplanen kan øge kvaliteten i specialiserede funktioner på bekostning af kvaliteten i ikke-specialiserede funktioner. Centralisering af specialfunktioner kan medvirke til at give mere fragmenterede patientforløb.

Implikationer for regionernes styring

Specialeplanlægningen er en bindende national regulering, hvor styringen sker direkte fra Sundhedsstyrelsen til sygehusene.

Fordele

Specialeplanlægningen er et virksomt nationalt styringsinstrument i forhold til placering af specialiserede funktioner i sygehusvæsenet.

Konkurrencen mellem sygehuse om specialfunktioner giver nogle fordele, da den forstærker sygehusenes incitament til at opretholde en høj kvalitet inden for specialfunktionerne, herunder opbygge kompetencer og forskningskapacitet samt arbejde med kvalitetsinitiativer, opdaterede behandlingsformer mv.

Ulemper

Specialeplanlægningen foregår uden direkte kobling til økonomi, og krav til patientvolumen i specialfunktioner afspejler ikke nødvendigvis den optimale patientvolumen i et økonomisk perspektiv.

Samtidig kan konkurrencen mellem sygehuse om specialfunktioner potentielt indebære, at der opbygges for stor kapacitet i forhold til, hvad der er optimalt set i et samfundsmæssigt perspektiv.

Fokus på specialiserede funktioner i specialeplanen kan forstærke rekrutteringsproblemer på hovedfunktionsniveau, som behandler langt hovedparten af patienterne.

Udarbejdelse og behandling af ansøgninger om specialfunktioner er særdeles ressourcekrævende for både sygehuse og Sundhedsstyrelsen, og det er en udfordring at sikre, at styrelsen har det fornødne dagtagningsgrundlag til at håndhæve specialeplanen.

6.1 Formålet med specialeplanlægning

Specialeplanlægning som styringsinstrument tilhører kategorien kliniske anbefalinger, retningslinjer og standarder. Der er med specialeplanen tale om bindende dekretter, som understøttes af lovgivning for offentlig betalte patienter, mens privatbetalte patienter ikke medregnes.

Formålet med specialeplanlægningen er at sikre høj faglig kvalitet i behandlingen og helhed i patientforløbene under hensyn til effektiv ressourceudnyttelse⁶ (156). Udgangspunktet er, "at øvelse

⁶ Af vejledningen om udmøntning af sundhedslovens bestemmelser om specialeplanlægning fremgår følgende (157): "Sundhedslovens formål og hermed Sundhedsstyrelsens udmøntning af § 208 [om specialeplanlægning] er bl.a. at øge kvaliteten i det danske sundhedsvæsen, og et af midlerne hertil er specialeplanlægning. Det er en grundlæggende præmis i specialeplanlægningen, at der er en sammenhæng mellem sundhedsfaglig erfaring, kvalitet og volumen på både individ-, enheds- og sygehusniveau. Ved planlægningen af, hvor og på hvilket grundlag forskellige specialfunktioner kan varetages, skal borgerne sikres ensartet behandling af høj kvalitet uanset tid og sted. Specialeplanlægningen skal endvidere tilgodese behov for udvikling og sammenhæng i sygehusvæsenets funktioner".

gør mester”, dvs. at kvaliteten bliver bedre, hvis den sundhedsfaglige erfaring og antallet af behandlinger samles (158). Specialeplanlægningen skal desuden fremme, at der sker den nødvendige opbygning og vedligeholdelse af ekspertise, forskning, udvikling og uddannelse i sundhedsvæsenet samt tilgodese, at sundhedsydelse af høj faglig kvalitet og med effektiv ressourceudnyttelse leveres så tæt på patienten som muligt (159). Specialeplanlægningen skal sikre den nødvendige planlægning, koordination og samarbejde mellem sundhedsvæsenets parter for at fremme dette formål (159). I det omfang hensyn til faglig kvalitet og nærhed er indbyrdes modstridende, vægtes hensynet til faglig kvalitet højest (156).

Formålet med specialeplanlægning er således at sikre en ensartet høj kvalitet i den offentlige sundhedsfaglige indsats og samtidig understøtte en effektiv ressourceudnyttelse, primært gennem antagelsen om, at et tilstrækkeligt patientvolumen til at opbygge og vedligeholde ekspertise giver bedre kvalitet og stordriftsfordele.

6.2 Baggrunden for specialeplanlægning

Den nationale danske specialeplanlægning, som vi kender den i dag, blev vedtaget af Folketinget med sundhedsloven i 2005, som trådte i kraft 1. januar 2006 (155). Tidligere havde Sundhedsstyrelsen også reguleret placeringen af specialiserede funktioner på sygehuse, men det skete i form af vejledninger, som ikke var juridisk bindende, og der var eksempler på, at vejledningerne ikke blev fulgt (155). Med vedtagelsen af sundhedsloven i 2005 blev Sundhedsstyrelsens beføjelser styrket, således at placeringen af specialiserede funktioner på sygehuse skal godkendes af styrelsen, samtidig med at styrelsen kan tilbagetrække godkendelser. Sundhedsstyrelsen fik endvidere ret til at visitere patienter til behandling på sygehuse, der er godkendt af styrelsen til at udføre specialiserede funktioner. Specialeplanlægningen blev hermed en juridisk bindende national regulering med sanktionsmuligheder af offentlig betalt behandling.

Sundhedsloven fra 2005 indeholder et andet, nyt reguleringsværktøj, nemlig en lovbunden opfølgning på efterlevelsen af specialeplanen i form af årlige statusrapporter til Sundhedsstyrelsen (155).

Baggrunden for ændringerne var et ønske om at give Sundhedsstyrelsen de nødvendige beføjelser og forpligtelser i forhold til at sikre en mere effektiv koordinering af specialeplanlægningen med henblik på at opnå en bedre kvalitet, herunder samling af den mest specialiserede behandling (160)⁷.

Sundhedsstyrelsen skal forvalte sine beføjelser i en samarbejdsånd i dialog med de involverede parter (160)⁸. Med sundhedsloven fra 2005 blev der nedsat et rådgivende udvalg for specialeplanlægning, som består af repræsentanter fra Lægevidenskabelige Selskaber, Dansk Sygepleje Selskab, de fem regioner, Danske Regioner, Sundheds- og Ældreministeriet samt Sundhedsstyrelsen

⁷ Af bemærkningerne til forslaget til sundhedsloven vedtaget i 2005 fremgår følgende om baggrunden for ændringerne (160): *”Det fremgår af kommunalreformen, at regeringen vil styrke de centrale sundhedsmyndigheders beføjelser til at sikre en bedre kvalitet, herunder opstilling af krav om kriterier for, at de enkelte sygehuse/afdelinger kan udføre relevante behandlinger. De nuværende regler om specialeplanlægning, der fremgår af sygehusloven, og som foreslås afløst af lovforslaget, giver ikke de centrale sundhedsmyndigheder de nødvendige, klare beføjelser og forpligtelser i forhold til et ønske om en mere effektiv koordinering af specialeplanlægningen. [...] En effektiv landsdækkende koordinering skal sikre samling af den allermest specialiserede behandling. Det er vigtigt at sikre den rette balance mellem regionernes egen planlægning og hensynet til den overordnede koordination i sundhedsvæsenet, fx for at sikre den nødvendige samling af behandlingen af bl.a. hjerte- og kræftpatienter. [...] Det foreslås derfor, at Sundhedsstyrelsen får lov hjemmel dels til at fastlægge krav til lands- og landsdelsfunktionerne, dels til at godkende deres placering på bestemte sygehuse og endelig at tilbagetrække godkendelser, hvis kravene trods pålæg herom ikke er opfyldt”*

⁸ Af bemærkningerne til lovforslaget fremgår det, at det er en forudsætning, *”at de centrale sundhedsmyndigheder anvender deres beføjelser [...] i overensstemmelse med rådgivningen fra det rådgivende udvalg [...]. Det skønnes således kun at være i tilfælde af uenighed i udvalget, og hvor hensynet til patienterne taler herfor, at Sundhedsstyrelsen får behov for at udøve sine beføjelser til selv at træffe beslutninger”* (160).

(formand) (161). Udvalgets opgave er at drøfte det faglige grundlag for specialeplanlægningen, ligesom udvalget skal høres i en række tilfælde (162).

Partierne bag sundhedsloven fra 2005 (S, R, V, K og O) blev i 2006 enige om fire grundprincipper for specialeplanlægningen, som supplerer lovgrundlaget: a) høj kvalitet uanset tid og sted, b) et dynamisk sygehusvæsen, c) et robust sundhedsvæsen samt d) åbenhed og dokumentation (163). Aftalen afspejler de forskellige og til tider modstridende hensyn, som specialeplanlægningen skal varetage, herunder fx samling af specialiserede funktioner, samtidig med at sundhedsydelser leveres så tæt på borgerne som muligt.

Det primære hensyn, som varetages med den nationale specialeplanlægning, er hensynet til høj kvalitet i sundhedsvæsenets ydelser og omkostningseffektivitet under antagelse om, at samling af specialiserede funktioner giver bedre kvalitet og lavere omkostninger.

6.3 Anvendelsen af specialeplanlægning i dag

Den gældende specialeplan for 2017 består af 36 specialevejledninger for forskellige lægefaglige specialer og et tandlægespeciale. Samlet reguleres ca. 1.000 specialfunktioner. Specialeplanen er offentliggjort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside (164) og revideres løbende.

I specialeplanen fastsætter Sundhedsstyrelsen krav til og godkender placering af specialfunktioner på offentlige og private sygehuse for så vidt angår offentligt finansieret sygehusaktivitet. Privatfinansieret sygehusaktivitet, som private betaler, og forsikringspatienter medtages ikke i aktiviteten og reguleres ikke af specialeplanen.

I specialeplanlægningen sondres der mellem ikke-specialiserede og specialiserede sygehusfunktioner⁹. *Ikke-specialiserede funktioner* betegnes *hovedfunktioner* (tidligere kaldet basisfunktioner). På hovedfunktionsniveau varetages opgaver af begrænset kompleksitet, hvor både sygdomme og sundhedsydelser er hyppigt forekommende, og hvor ressourceforbruget ikke giver anledning til samling af ydelserne på specialfunktionsniveau (156). *Specialiserede funktioner* (tidligere kaldet lands- og landsdelsfunktioner) opdeles i *regionsfunktioner* og *højt specialiserede funktioner*. Regionsfunktioner omfatter opgaver af nogen kompleksitet, hvor sygdomme eller sundhedsydelser er relativt sjældent forekommende, og/eller hvor ressourceforbruget giver anledning til en vis samling af ydelserne (156). En regionsfunktion etableres typisk 1-3 steder i hver region afhængig af regionens patientgrundlag og lokale forhold (156). Højt specialiserede funktioner omfatter opgaver af betydelig kompleksitet og forudsætter tilstedeværelsen af mange tværgående funktioner/samarbejdspartnere, hvor sygdomme eller sundhedsydelser er meget sjældent forekommende og derfor skaber behov for samling af viden, rutine og erfaring, og/eller hvor ressourceforbruget er betydeligt (156). En højt specialiseret funktion etableres typisk på sygehuse 1-3 steder i landet (156).

Den nationale specialeplanlægning koncentrerer sig om de specialiserede funktioner, herunder krav til at varetage disse (155). Specialiserede funktioner udgør ca. 10 % af sygehusopgaverne i Danmark (158).

⁹ Placeringen af en funktion på et givent specialiseringsniveau sker på baggrund af en samlet vurdering af funktionens kompleksitet, forekomst og ressourceforbrug (156). Kompleksitet vurderes ud fra, hvor vanskelig en funktion er samt behovet for samarbejde med andre specialer/funktioner. Forekomst vurderes på baggrund af antallet af sygdomstilfælde eller antallet af behandlinger inden for den pågældende funktion. Ressourceforbruget vurderes ud fra samfundsøkonomiske, driftsøkonomiske (fx udstyr eller særlige lægemidler) og personalemæssige forhold (fx særligt fagligt kvalificeret eller specialuddannet personale).

Sundhedsstyrelsen udarbejder specialeplanen baseret på sundhedsfaglig rådgivning. Ud over Det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning, som er omtalt i sundhedsloven fra 2005, har Sundhedsstyrelsen i 2006 nedsat en Regional Baggrundsgruppe for Specialeplanlægning med deltagelse af repræsentanter for regionerne (165). Baggrundsgruppen skal sikre, at tværfaglige, ressourcemæssige og organisatoriske konsekvenser af forskellige forslag og løsninger i den nationale specialeplanlægning vurderes samt bidrage til at forankre den nationale specialeplanlægning regionalt. Desuden er der for hvert speciale nedsat faglige arbejdsgrupper, hvor videnskabelige selskaber og de fem regioner er repræsenteret. De faglige arbejdsgrupper rådgiver Sundhedsstyrelsen om det faglige indhold i specialevejledningerne, herunder hvilke specialfunktioner det er fagligt meningsfuldt at beskrive, og hvilke krav der bør stilles i forbindelse med varetagelsen af en given specialfunktion (158). I sidste ende er det Sundhedsstyrelsen, som beslutter, hvilke funktioner der defineres som regions- og højt specialiserede funktioner, og hvilke sygehuse der godkendes til at varetage disse (158).

Når Sundhedsstyrelsen godkender en specialfunktion, sker det altid på grundlag af en ansøgning, hvor sygehuset beskriver det lokale faglige og organisatoriske setup, herunder kompetencer og samarbejdsforhold (158). Sygehuse, der får godkendelse til at varetage en specialfunktion, skal leve op til en række sundhedsfaglige krav¹⁰ samt krav til forskning, udvikling og uddannelse (156). Kravene omfatter bl.a. krav til patientvolumen og justeres løbende. Kravene til patientvolumen er således pragmatisk fastsat og afspejler ikke nødvendigvis den optimale patientvolumen i et økonomisk perspektiv.

De årlige statusrapporter fra regioner og private sygehuse er et vigtigt instrument for Sundhedsstyrelsen i forhold til at overvåge varetagelsen af og udviklingen inden for specialiserede funktioner (156). Krav til indhold af og formen på statusrapporterne defineres af Sundhedsstyrelsen og kan variere fra år til år. Statusrapporterne offentliggøres ikke, men Sundhedsstyrelsens konklusioner på baggrund af rapporterne drøftes med de involverede sygehuse¹¹ samt på møder i det Rådgivende Udvalg og den Regionale Baggrundsgruppe for Specialeplanlægning. Det tog nogle år at udvikle en model for form og indhold af statusrapporterne. Det første oplæg til model for statusrapporter blev drøftet på et møde i Det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning den 29. august 2007 (167). Herefter blev der gennemført en pilottest i Region Nordjylland, som viste, at der var problemer med aktivitetsudtrækkene fra Landspatientregisteret (LPR) grundet forskellig registreringspraksis på sygehuse (168). Sundhedsstyrelsen besluttede på den baggrund, at der i 2008 kun skulle udarbejdes statusrapporter for fire specialer og ikke alle specialer. Gennemgangen af statusrapporterne for 2008 viste efterfølgende, at der var behov for en anden og mere simpel form på statusrapporterne (169). Sundhedsstyrelsen igangsatte derfor et arbejde med at udvikle en model for opfølgning på specialfunktionerne, som omfattede afklaring af form og indhold for fremtidige statusrapporter samt

¹⁰ Sundhedsfaglige kernekrav til varetagelse af specialfunktioner omfatter (156): *Kapacitet og robusthed*: Minimum tre speciallæger, der har specifikke kompetencer til at varetage en given specialfunktion på et sygehus inden for det pågældende speciale og på det pågældende niveau. *Aktivitet, erfaring og ekspertise*: Sygehuse, der varetager en specialfunktion, skal have tilstrækkelig aktivitet til at opnå, vedligeholde og udvikle erfaring inden for alle faggrupper. *Kompetencer*: Sygehuse, der varetager en specialfunktion, skal sikre, at der er tilstrækkeligt personale med de relevante og forudsatte specifikke kompetencer til at varetage en specialfunktion. *Samarbejde med andre specialer*: Det er generelt en forudsætning for varetagelse af specialfunktioner, at der samarbejdes med andre specialer. Herudover stilles der i specialevejledningerne specifikke krav vedrørende samarbejde med nærmere angivne andre specialer. *Assistance fra speciallæge i eget speciale*: Der er i de enkelte specialevejledninger fastsat krav til, hvordan der skal kunne ydes assistance fra en speciallæge i det pågældende speciale (vagttime). Der kan eventuelt stilles mere specifikke krav til speciallægens kompetencer. *Kvalitet og dokumentation*: Det forudsættes, at udredning og behandling mv. følger landssækkende kliniske retningslinjer, hvor sådanne foreligger, og at der indberettes til relevante kliniske kvalitetsdatabaser. Regioner og private sygehuse skal endvidere afgive en statusrapport til Sundhedsstyrelsen om opfyldelse af kravene. *Sammenhængende patientforløb*: Sygehuse, der varetager en specialfunktion, forpligtes generelt til at etablere et samarbejde om patientforløb. Herudover stilles der *specifikke krav* til de enkelte specialer, som fremgår af specialevejledningerne, herunder bl.a. krav til patientvolumen.

¹¹ Såfremt statusrapporterne giver anledning til overvejelser om fx ændringer af formuleringer i specialeplanen eller justeringer i placeringen af eller krav til specialfunktioner, vil Sundhedsstyrelsen kontakte sygehusejer med henblik på en nærmere dialog herom (166).

et udviklingsprojekt vedrørende udarbejdelse af grundlag for anvendelse af eksisterende data (monitoreringsdata) (170). De første statusrapporter for alle specialfunktioner blev modtaget i Sundhedsstyrelsen i 2012 (data for 2011) (171,172).

Fra Specialeplan 2017 suppleres de årlige statusrapporter med monitorering af udvalgte specialiserede funktioner med hensyn til volumen og kvalitet (166). Der monitoreres på udvalgte indikatorer inden for de fleste specialer baseret på eksisterende databaser/kodninger. Ligesom de årlige statusrapporter offentliggøres denne monitorering ikke. Sundhedsstyrelsen oplyser i november 2017, at monitoreringen stadig er i afprøvningsfasen. Sundhedsstyrelsen har modtaget prøvetræk, som er blevet drøftet med regionerne, og er ved at teste validiteten af data.

Revurdering af godkendelser sker, hvis Sundhedsstyrelsen vurderer, at et sygehus med godkendelse til at varetage en specialfunktion ikke kan opretholde den faglige kvalitet i tilstrækkeligt omfang, herunder opfylde de fastsatte krav (156). Overvejelser om fratagelse af godkendelser kan bl.a. forekomme ved fald i patientvolumen. I praksis kan det være vanskeligt for Sundhedsstyrelsen at tilbagetrække godkendelser på grund af modstand fra involverede sygehuse og regioner, samtidig med at krav til patientvolumen er pragmatisk fastsat og ikke underbygget af økonomiske beregninger. Hertil kommer hensynet til forsyningsforpligtelsen, dvs. at Sundhedsstyrelsen skal sikre sig, at de resterende sygehuse, som er godkendt til at varetage den pågældende specialfunktion, har tilstrækkelig kapacitet til at overtage patienter fra det sygehus, som fratages sin godkendelse.

Antallet af specialfunktioner på et sygehus har stor betydning for sygehusets økonomi, fordi det påvirker aktiviteten. Det gælder ikke mindst højt specialiserede funktioner, hvor patienter henvist fra andre regioner afregnes med takster, der fastsættes decentralt¹². Det skaber – sammen med den prestige, der er forbundet med at varetage specialfunktioner – konkurrence mellem sygehuse om at få specialfunktioner.

Et eksempel er konkurrencen mellem Rigshospitalet og Aarhus Universitetshospital Skejby om at huse et nationalt partikelcenter (174). Partikelterapi er en behandlingsform, der især er relevant for kræfttramte børn og voksne med kræft i særligt følsomme områder som hoved- og halsregionen (175). Danske kræftpatienter, som vurderes at have gavn af partikelterapi, kan i dag i henhold til den gældende specialeplan blive behandlet i udlandet ved henvisning fra Rigshospitalet eller Skejby (176). På baggrund af uenighed om placeringen af et nationalt partikelcenter nedsatte Sundhedsstyrelsen et internationalt ekspertpanel, som fik til opgave at vurdere, om Rigshospitalet eller Skejby var bedst egnet til at huse centeret. Ekspertpanelet pegede på Skejby, og Sundhedsstyrelsen tilsluttede sig deres anbefaling (177). Centeret er aktuelt under etablering. Fuldt udbygget forventes det at have en kapacitet på ca. 30.000 behandlinger årligt svarende til ca. 1.200 patienter og en samlet personalenormering svarende til ca. 120 fuldtidsstillinger til patientbehandlingen (178). Der er således tale om et center med en væsentlig aktivitet og økonomi. Region Hovedstaden har tidligere meldt ud, at de ønsker at købe et anlæg selv, men det forudsætter, at de kan få Sundhedsstyrelsens tilladelse til at benytte det (174).

Det hører til sjældenhederne, at der nedsættes et internationalt ekspertpanel for at vurdere, hvor en specialfunktion skal placeres. Et andet eksempel på konkurrencen mellem sygehuse om at varetage specialfunktioner, hvor der ikke er inddraget et internationalt ekspertpanel, er konkurrencen mellem Rigshospitalet og Aarhus Universitetshospital Skejby om at varetage børnehjertekirurgi. Sundheds-

¹² Sundhedsdatastyrelsens takstvejledning giver en samlet beskrivelse af afregningsregler og takster, som regionerne skal anvende i forbindelse med afregningen af patienter, der bliver behandlet i en anden region end bopæls- eller opholdsregionen (173). Patienter, der behandles på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, skal som udgangspunkt afregnes med DRG-/DAGS-takster, mens afregningen af patienter behandlet på højt specialiseret funktionsniveau afregnes med takster, der fastsættes decentralt efter forskrifter fastsat på nationalt niveau.

styrelsen besluttede i starten af 2016 efter en række møder med Region Midtjylland og Region Hovedstaden at samle specialfunktionen på Rigshospitalet (179). Inden da blev funktionen varetaget på både Rigshospitalet og Aarhus Universitetshospital. Sundhedsstyrelsen vurderede samlet set, at Rigshospitalet havde bedre mulighed for inden for en kortere tidshorisont at overtage en samlet national funktion på området med henvisning til Rigshospitalets kompetencer og robusthed inden for de børnehjertekirurgiske og børnekardiologiske funktioner (179). Ifølge Jyllands-Posten havde læger på Rigshospitalet i efteråret 2014 angiveligt frarådet ca. 20 nordiske hjertekirurger at søge to opslåede kirurgstillinger i Aarhus med begrundelse i behovet for centralisering (180).

6.4 Effekt og resultat af specialeplanlægning

De årlige statusrapporter viser generelt en fornuftig overholdelse af specialeplanen (172,181-183)¹³. På baggrund af statusrapporterne har Sundhedsstyrelsen gennemført enkelte fratagelser af godkendelser. Der blev fx gennemført 10 fratagelser af godkendelser baseret på statusrapporterne for 2012, hvor årsagerne hovedsagelig var for lav volumen eller ingen aktivitet inden for specialfunktionen (184). Herudover har nogle sygehuse selv valgt at give afkald på en specialfunktion, fordi de ikke kunne leve op til de fastsatte krav. Med statusrapporterne har Sundhedsstyrelsen mulighed for at overvåge overholdelsen af specialeplanen for så vidt angår de sygehuse, som er godkendt til at udføre en given specialfunktion. Statusrapporterne giver dog ikke umiddelbart mulighed for at kontrollere, om andre end de godkendte sygehuse udfører en given specialfunktion. Den supplerende monitorering, som implementeres med Specialeplan 2017, vil eventuelt kunne opfylde dette formål.

Det er vanskeligt at dokumentere, om specialeplanlægningen har medført øget kvalitet i den sundhedsfaglige indsats og bedre ressourceudnyttelse, som er det overordnede mål. De kliniske kvalitetsdatabaser indeholder data, der kan anvendes til at belyse den samlede kvalitet eller dele af en samlet kvalitet af sundhedsvæsenets indsats og resultater for en afgrænset gruppe af patienter, men det er en udfordring at isolere effekterne af specialeplanen. Internationale systematiske litteraturgennemgange viser en positiv sammenhæng mellem volumen (indgreb pr. kirurg eller volumen på afdelings-/hospitalsniveau) og outcome for patienten inden for kirurgiske specialer (185-187), men det er uklart, hvad der skaber sammenhængen (188). Herudover er sammenhængen mellem volumen og outcome ikke lige så veldokumenteret inden for ikke-kirurgiske specialer, ligesom der generelt mangler evidens for konkrete organisatoriske løsninger.

Der er dog bred enighed i lægefaglige kredse om, at specialeplanerne har medvirket til at øge kvaliteten i den specialiserede del af sygehusvæsenet i Danmark (189-191). Spørgsmålet er, hvornår der er tale om unødigt centralisering, og hvad specialeplanlægningen har betydet for kvaliteten i den ikke-specialiserede del af sygehusvæsenet.

Holm-Petersen har i 2015 gennemført en kvalitativ undersøgelse af effekterne af specialeplanlægningen set fra akutsygehusenes perspektiv (192). Rapporten er baseret på interview med 13 lægelige direktører for danske akutsygehuse. Rapporten peger på en række dilemmaer relateret til specialeplanlægningens mål om at sikre høj kvalitet. Der er bl.a. udbredt bekymring for, at specialeplanen øger kvaliteten for de få patienter (som behandles på specialfunktionsniveau) på bekostning af de mange (som behandles på hovedfunktionsniveau), og der efterlyses mere fokus på, hvordan kvaliteten sikres og udvikles på hovedfunktionsniveau. En anden udbredt bekymring vedrører de udfordringer, som specialeplaner kan medvirke til at forstærke i forhold til rekruttering af speciallæger til sygehuse, der ikke har så mange specialiserede funktioner. Samtidig efterlyses et klarere og

¹³ Der er ikke indhentet statusrapporter for 2015 i forbindelse med revideringen af specialeplanen, idet ansøgningsmateriale har erstattet statusrapporterne (183). Sundhedsstyrelsen oplyser i november 2017, at statusrapporter for 2016 aktuelt er ved at blive behandlet i styrelsen.

mere evidenspræget beslutningsgrundlag, når funktioner centraliseres, herunder større dokumentation for, at samling giver øget kvalitet.

Holm-Petersen og Højgaard har i 2016-2017 gennemført en litteraturgennemgang af organisatoriske forudsætninger, fordele og udfordringer i forhold til at opnå højere kvalitet gennem samling af komplekse og højt specialiserede funktioner (188). Rapporten, som forventes offentliggjort i 2018, peger på, at volumen i sig selv ikke altid er bedre eller nok til at sikre en høj kvalitet og effektiv ressourceudnyttelse, men at det er nødvendigt at se på organisatoriske faktorer. For eksempel kan organisatoriske forhold som arbejdstilrettelæggelse og ledelsesfokus, adgang til specialiserede ressourcer, døgnbehandling af læger og antal patienter pr. sygeplejerske påvirke kvaliteten. Volumen kan være en forudsætning for, at de organisatoriske forudsætninger for kvalitet er til stede, men behøver ikke nødvendigvis at være det.

Det er omdiskuteret, hvorvidt der er stordriftsfordele på sygehuse – og hermed også, hvorvidt specialeplanlægningen kan medvirke til en mere effektiv ressourceudnyttelse gennem centralisering af behandling (og dermed oftest større sygehuse). Juhl kunne tilbage i 2000 ikke bekræfte hypotesen om, at produktivitet eller kvalitet stiger med sygehusets størrelse baseret på en gennemgang af den foreliggende litteratur (193). Han afviste dog ikke, at stordriftsfordele kan forekomme inden for enkelte funktioner i sygehusvæsenet, hvis faste omkostninger kan fordeles jævnt på større patientvolumen, og/eller hvis specialiseret arbejdskraft kan udnyttes bedre. Kristensen et al. har i 2008 gennemført en undersøgelse af stordrifts- og samdriftsfordele¹⁴ på danske sygehuse (194). Undersøgelsen er baseret på data for 33 danske sygehusenheder i 2004. Samlet set underbygger undersøgelsen hypotesen om, at der har været omkostningsmæssige fordele ved at samle behandlingen på større sygehuse i det danske sundhedsvæsen, men siger ikke noget om den optimale sygehusstørrelse.

I forhold til sammenhæng i patientforløb peger Holm-Petersens interviewundersøgelse fra 2015 på, at specialeplanlægningen på nogle områder har givet mere fragmenterede patientforløb, fordi patientforløb i højere grad opdeles på tværs af sygehuse (192).

6.5 Vurdering af fordele om ulemper ved specialeplanlægning

Specialeplanlægning er et virksomt nationalt styringsinstrument i forhold til placering af specialiserede funktioner i sygehusvæsenet. Der er tale om en bindende national regulering, hvor styringen sker direkte fra Sundhedsstyrelsen til sygehusene.

Der er dog også en række udfordringer forbundet med specialeplanlægning som nationalt styringsinstrument. For det første foregår specialeplanlægningen uden direkte kobling til økonomi, og krav til patientvolumen i specialfunktioner afspejler ikke nødvendigvis den optimale patientvolumen i et økonomisk perspektiv. For det andet har det været en udfordring at dokumentere positive effekter af specialeplanen i forhold til mål om øget kvalitet og bedre ressourceudnyttelse. Sammenhængen mellem volumen og outcome for patienten er veldokumenteret i den videnskabelige litteratur inden for kirurgiske specialer, men det er uklart, hvad der skaber sammenhængen. Herudover er sammenhængen mellem volumen og outcome inden for ikke-kirurgiske specialer ikke lige så veldokumenteret i den videnskabelige litteratur. Der er endvidere en bekymring for, at specialeplanen kan

¹⁴ Ved stordriftsfordele forstås groft taget, at et stort sygehus er billigere end to mindre, fordi ressourcerne samlet set kan udnyttes og organiseres bedre med stigende produktionsniveau (194). Ved samdriftsfordele forstås, om der er fordele ved fælles produktion af flere forskellige 'fælles' sygehusydelse på samme sygehus, fordi det kræver ensartede produktionsfaktorer (læger, sygeplejersker, udstyr, medicin mv.), og fx ved placering af organtransplantation og forskellige kliniske hjælpefunktioner på samme sygehus frem for på to forskellige sygehuse (194).

øge kvaliteten i specialiserede funktioner på bekostning af kvaliteten i ikke-specialiserede funktioner, som behandler flest patienter. Centraliseringen af specialfunktioner kan medvirke til at give mere fragmenterede patientforløb. Endelig er udarbejdelse og behandling af ansøgninger om specialfunktioner ressourcekrævende for både sygehuse og Sundhedsstyrelsen, og det har været en udfordring at sikre, at Sundhedsstyrelsen har det fornødne datagrundlag til at håndhæve specialeplanen.

Konkurrencen mellem sygehuse om specialfunktioner giver nogle fordele, da den forstærker sygehusenes incitament til at opretholde en høj kvalitet inden for specialfunktioner, herunder opbygge kompetencer og forskningskapacitet samt arbejde med kvalitetsinitiativer, opdaterede behandlingsformer mv. Fokus på specialiserede funktioner kan dog ske på bekostning af ikke-specialiserede funktioner. Samtidig kan konkurrencen om at få specialfunktioner potentielt føre til manglende samarbejde og parallel opbygning af kapacitet, som ikke er omkostningseffektivt set i et samfundsmæssigt perspektiv. Specialeplanen skal sikre, at der ikke sker unødigt opbygning og spredning af kapacitet, men kravene til patientvolumen i specialfunktioner afspejler ikke nødvendigvis den optimale patientvolumen i et økonomisk perspektiv.

Opsummerende vurdering af specialeplanlægning

Klart formål: Det primære formål med specialeplanlægningen er at sikre en ensartet høj kvalitet i den sundhedsfaglige indsats og samtidig understøtte en effektiv ressourceudnyttelse, begge dele under antagelsen af, at øvelse gør mester, og gør det billigere. Kvalitet kan dog måles på flere måder, og det er ikke entydigt, at samling af specialfunktioner medfører øget kvalitet. I sidste ende er det Sundhedsstyrelsen, som på baggrund af drøftelse med Den Regionale Baggrundsgruppe og Rådgivende Udvalg beslutter, hvilke funktioner der er regions- og højt specialiserede funktioner, og hvilke sygehuse der godkendes til at varetage disse.

Effekter: Der er begrænset videnskabelig dokumentation for effekterne af specialeplanlægningen i forhold til målet om bedre kvalitet og ressourceudnyttelse, særligt inden for ikke-kirurgiske specialer. Der er dog bred enighed i lægefaglige kredse om, at specialeplanlægningen har medvirket til at øge kvaliteten i den specialiserede del af sygehusvæsenet i Danmark.

Samspillet med øvrige styringsinstrumenter i sundhedsvæsenet: Specialeplanlægningen er ikke direkte koblet til økonomi, men antallet af specialfunktioner på et sygehus har stor betydning for sygehusets økonomi. Blandt andet derfor er der konkurrence mellem sygehusene om at varetage specialfunktioner. Konkurrencen har nogle fordele, men kan også føre til parallel opbygning af kapacitet, som ikke er omkostningseffektivt set i et samfundsmæssigt perspektiv.

Specialeplanerne understøtter udbudsaftalerne og det frie udvidede sygehusvalg, idet at den private leverandør skal være godkendt til at varetage den pågældende funktion via specialeplanerne for at kunne indgå en udbudsaftale eller i DUF-aftalerne.

Jævnfør formålsbeskrivelsen for specialeplanen understøtter specialeplanen to af de tre overordnede formål med sundhedsvæsenet: 1) behandling af bedst mulig kvalitet for patienten og 2) omkostningseffektive behandlinger – gennem antagelsen om, at tilstrækkelig patientvolumen til at opbygge og vedligeholde ekspertise giver bedre kvalitet samt stordriftsfordele.

National styring og lokal tilpasning: Sundhedsstyrelsen fastsætter krav til sygehusafdelinger, som godkendes til at udføre specialfunktioner og følger løbende op på, om disse krav er opfyldt, bl.a. ved hjælp af årlige statusrapporter. Der er tale om krav med høj detaljeringsgrad med begrænset mulighed for lokal tilpasning og prioritering.

Kræver styringsinstrumentets effektivitet understøttelse af data? Det har været en udfordring at sikre, at Sundhedsstyrelsen har det fornødne datagrundlag til at håndhæve specialeplanen, fx på grund af forskelle i registreringspraksis mellem sygehuse.

Opsummerende vurdering af specialeplanlægning

Understøtter instrumentet en enkel og gennemskuelig styring centralt såvel som decentralt? Specialeplanlægningen er et enkelt nationalt styringsinstrument, hvor styringen sker direkte fra Sundhedsstyrelsen til sygehusene. Processen for fordeling af specialfunktioner er dog mindre gennemskuelig og foregår uden direkte kobling til økonomi.

7 Nationale kliniske retningslinjer og forløbspakker

Af Marie Jakobsen og Søren Rud Kristensen

Dette kapitel beskriver nationale kliniske retningslinjer (NKR) og forløbspakker ("kræftpakker" og "hjerterpakker"). Kliniske retningslinjer udarbejdet i regi af de faglige selskaber berøres kun kort i kapitlet, da de ikke opfattes som et statsligt styringsinstrument, selvom retningslinjerne er nationalt gældende. Andre typer af kliniske anbefalinger og standarder som fx regionale forløbsprogrammer nævnes også kun kort.

Boksen nedenfor giver et overblik over de centrale aspekter i forhold til NKR og forløbspakker. I de følgende afsnit gives en mere detaljeret beskrivelse.

Centrale aspekter i forhold til nationale kliniske retningslinjer (NKR) og forløbspakker
<i>Definition</i>
<p>En klinisk retningslinje omfatter anbefalinger om korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer baseret på bedst mulig evidens. NKR er nationale kliniske retningslinjer, der godkendes i regi af Sundhedsstyrelsen, og som indeholder konkrete handlingsanvisninger inden for udvalgte, velafgrænsede kliniske problemstillinger (såkaldte punktnedslag i patientforløbet). Der er ikke fastsat nærmere krav til implementeringen af NKR.</p> <p>En forløbspakke (eller et pakkeforløb) er et patientforløb, hvor de enkelte begivenheder er lagt til rette med faste krav til tidspunkter og indhold, og som i udgangspunktet følger et på forhånd booket forløb. I Danmark er der indført nationale "kræftpakker" og "hjerterpakker".</p>
<i>Formål</i>
<p>Formålet med NKR er først og fremmest at sikre en sundhedsfaglig indsats af ensartet høj kvalitet. NKR har ikke som primært formål at afklare forhold vedrørende visitation og organisering af indsatsen samt samfundsøkonomiske konsekvenser.</p> <p>Formålet med forløbspakker er at sikre en ensartet høj kvalitet og øget sammenhæng i den sundhedsfaglige indsats. Høj kvalitet og øget sammenhæng indebærer bl.a. at undgå ikke-fagligt begrundet ventetid for derigennem at forbedre prognose/overlevelse samt livskvalitet.</p>
<i>Styringsinstrumenttype</i>
Kliniske anbefalinger, retningslinjer og standarder.
<i>Centrale hensyn, der understøttes</i>
<p>Det primære hensyn, som varetages med NKR, er hensynet til kvalitet i sundhedsvæsenets ydelser.</p> <p>Det primære hensyn, som varetages med forløbspakkerne, er hensynet til kvalitet i sundhedsvæsenets ydelser og sammenhæng i patientforløb, bl.a. ved reduktion af unødigt ventetid.</p>
<i>Baggrund for indførelsen</i>
<p>Med finansloven 2012 blev der afsat midler til at udarbejde NKR i regi af Sundhedsstyrelsen med henblik på at sikre en sundhedsfaglig indsats af ensartet høj kvalitet over hele landet.</p> <p>De første forløbspakker blev indført på kræftområdet i 2008 med et ønske om hurtig udredning og behandling for patienter med livstruende sygdom.</p>
<i>Tilpasninger</i>
<p>Fra 2017 er set-up'et for NKR ændret, således at det primært er de faglige selskaber/miljøer, som udarbejder NKR (frem for Sundhedsstyrelsen), men med økonomisk og faglig støtte fra Sundhedsstyrelsen.</p> <p>Kræftpakkerne er siden deres indførelse i 2008 løbende revideret på baggrund af ny viden, samtidig med at antallet af pakkeforløb er udvidet. Fra 2016 er afsnit om efterforløb taget ud af kræftpakkerne og erstattet af opfølgingsprogrammer. Hjerterpakkerne blev indført i 2010 og udfases nu.</p>

Centrale aspekter i forhold til nationale kliniske retningslinjer (NKR) og forløbspakker
<i>Anvendelsen i dag</i>
<p>Arbejdet med at udvikle NKR er for nylig blevet forlænget med en finanslovsbevilling for perioden 2017-2020. De NKR, der allerede er udarbejdet, er under implementering.</p> <p>Forløbspakkerne på kræftområdet er fortsat i brug, mens pakkeforløbene på hjerteområdet er under ud-fasning.</p>
<i>Dokumenteret effekt</i>
<p>Der findes endnu ingen direkte evidens for effekterne af NKR. Evidensen for kliniske retningslinjer gene-relt er blandet og peger på, at implementeringsfasen er essentiel.</p> <p>Der er forholdsvis god dokumentation for, at kræftpakkerne har opfyldt deres formål om øget kvalitet og reduktion af unødigt ventetid .</p>
<i>Implikationer for regionernes styring</i>
<p>Både NKR og forløbspakker vedrører standardforløb og er ikke juridisk bindende.</p> <p>Det er regionernes og kommunernes ansvar at implementere NKR.</p> <p>Det er regionernes ansvar at forvalte forløbspakkerne. Antallet og andelen af registrerede forløb, der gennemføres inden for de fastsatte standardforløbstiden, monitoreres på nationalt niveau. Monitorerin-gen af hjertepakkerne er dog afsluttet med afrapporteringen for 4. kvartal 2016.</p>
<i>Fordele</i>
<p>Både NKR og forløbspakker har potentiale til at understøtte kvalitet i det danske sundhedsvæsen. De specificerer den bedste praksis på et område og kommunikerer dette til sundhedsprofessionelle på en ensartet måde.</p> <p>Forløbspakker er især velegnede til forløb med en stor volumen af patienter med det samme behand-lingsbehov. Monitoreringen af kræftpakkerne har formentlig medvirket til at sikre, at en stigende andel af kræftforløb gennemføres inden for standardforløbstiden, dvs. kortere udrednings-/behandlingstid for flere kræftpatienter.</p>
<i>Ulemper</i>
<p>En væsentlig udfordring ved de to styringsinstrumenter er, at det kan være vanskeligt at sikre en hen-sigtsmæssig balance mellem implementeringen af styringsinstrumenterne og god ressourceudnyttelse. En høj andel af de patienter, der henvises til kræftpakker, vil være raske patienter, ligesom mange af an-befalingerne i NKR er svage, hvilket kan være en barriere for implementering og gøre det vanskeligt at foretage en rimelig monitorering af retningslinjerne.</p> <p>Størstedelen af de patienter, som henvises til kræftpakkerne, viser sig ikke at have kræft. Det er ikke nødvendigvis udtryk for, at nogle af disse patienter ikke burde have været henvist til pakkeforløb, men medvirker til at presse kapaciteten.</p> <p>Monitoreringen af kræftpakkerne kan skabe et for entydigt fokus på at overholde standardforløbstiden frem for at tilrettelægge mere individuelt tilpassede forløb.</p>

7.1 Formålet med nationale kliniske retningslinjer og forløbspakker

Kliniske retningslinjer og forløbspakker som styringsinstrumenter tilhører kategorien af kliniske an-befalinger, retningslinjer og standarder. Begreberne klinisk retningslinjer, anbefalinger og standar-der anvendes ofte synonymt (195). Betegnelsen klinisk retningslinje bør principielt kun anvendes, når kriterierne for udarbejdelse og fokus for en klinisk retningslinje er opfyldt¹⁵ (195).

¹⁵ Udarbejdelsen af en klinisk retningslinje bør omfatte følgende trin: 1) formulering af fokuseret klinisk spørgsmål, 2) systematisk litteratursøgning, 3) udvælgelse af litteratur, 4) kritisk litteraturgennemgang, 5) formulering af anbefalinger, 6) implementering og 7) opdatering af retningslinje (63).

Kliniske retningslinjer er *"systematisk udarbejdede udsagn, som kan bruges af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om en passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer"* (63). En klinisk retningslinje omfatter anbefalinger baseret på bedst mulig evidens og kan dække større eller mindre dele af det samlede sundhedsvæsen afhængig af den kliniske problemstilling og patientgruppe, som retningslinjen vedrører (63,195). Det primære formål med en klinisk retningslinje er at påvirke behandlernes indsats og handlinger med henblik på at sikre en ensartet kvalitet i den sundhedsfaglige indsats (63). I Danmark udarbejdes nationale kliniske retningslinjer (NKR) i regi af Sundhedsstyrelsen. NKR følger et fast koncept og indeholder konkrete handlingsanvisninger inden for udvalgte og velafgrænsede kliniske problemstillinger (såkaldte punktnedslag i patientforløbet). Der er ikke fastsat nærmere krav til implementeringen af NKR.

Forløbspakker (eller pakkeforløb) er en særlig form for forløbsbeskrivelse. En forløbsbeskrivelse beskriver *"patientforløb for udvalgte patientgrupper, hvor sundhedsfaglige beslutninger og handlinger samt organisatoriske elementer er koordinerede"* (63). En forløbspakke er et patientforløb¹⁶, hvor de enkelte begivenheder er lagt til rette med faste krav til tidspunkter og indhold, og som i udgangspunktet følger et på forhånd booket forløb (197). Forløbspakken beskriver undersøgelser, diagnosticering, behandling og eventuel efterbehandling for den pågældende patientgruppe med specifikation af tidspunkter og indhold for begivenheder i forløbet, patient/pårørende kommunikation og ansvarsplacering. Det primære formål med en forløbspakke er at sikre en ensartet kvalitet og sammenhæng i den sundhedsfaglige indsats, herunder at patienten undgår unødigt ventetid. I Danmark er der indført nationale "kræftpakker" og "hjertepakker".

Sammenhængen mellem kliniske retningslinjer og forløbsbeskrivelser (herunder forløbspakker) er, at kliniske retningslinjer understøtter forskellige handlinger i patientforløbet og dermed er en grundsten i udarbejdelsen af forløbsbeskrivelser (198).

Dette kapitel fokuserer på NKR og forløbspakker ("kræftpakker" og "hjertepakker") som henholdsvis kliniske retningslinjer og forløbsbeskrivelser, der aktuelt anvendes som statslige styringsinstrumenter i det danske sundhedsvæsen. Andre typer af kliniske retningslinjer og forløbsbeskrivelser fremgår af boksen nedenfor. NKR er valgt som eksempel på kliniske retningslinjer frem for den nationale rekommandationsliste, der også aktuelt anvendes som et statsligt styringsinstrument, da NKR er et styringsinstrument, der vedrører hele sundhedsvæsenet og ikke kun almen praksis.

¹⁶ Patientforløb er defineret som "de aktiviteter, kontakter og hændelser i sundhedsvæsenet, som en patient eller en defineret gruppe af patienter gennemgår i forbindelse med et givent helbredsproblem" (63). Patientforløb kan ses ud fra et sundhedsfagligt perspektiv, et organisatorisk perspektiv og et patientperspektiv (196). Beskrivelser af patientforløb set ud fra et sundhedsfagligt perspektiv er klinisk orienteret og vil ofte basere sig på eksisterende kliniske retningslinjer. Det organisatoriske perspektiv i patientforløb omhandler den organisatoriske ramme, herunder strukturer, organisering, arbejdstilrettelæggelse, samarbejdsrelationer, informationsstrømme, ressource- og kapacitetsudnyttelse. Patientperspektivet omhandler kontinuitet, sammenhæng og medmenneskelige relationer, herunder kommunikation med patienter og pårørende i forløbet. Typisk vil et pakkeforløb dække alle tre perspektiver.

Forskellige typer af kliniske retningslinjer og forløbsbeskrivelser

Type af klinisk retningslinje eller forløbsbeskrivelse	Kort beskrivelse	Type af styringsinstrument?	Anvendes som styringsinstrument i det danske sundhedsvæsen i dag?	
Kliniske retningslinjer	Nationale kliniske retningslinjer (NKR)	NKR er kliniske retningslinjer, som godkendes af Sundhedsstyrelsen, og som indeholder konkrete handlingsanvisninger inden for udvalgte, velafgrænsede kliniske problemstillinger.	Statsligt styringsinstrument	Ja
	Kliniske retningslinjer udviklet af faglige selskaber	Kliniske retningslinjer, som udarbejdes i regi af faglige selskaber uden godkendelse fra Sundhedsstyrelsen.	Faglig selvregulering	Ja
	Anbefalinger fra Medicinrådet (tidligere RADS og KRIS)	Kliniske retningslinjer om anvendelse af dyr sygehusmedicin. Medicinrådet er etableret pr. 1. januar 2017 som erstatning for RADS (Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin) samt KRIS (Koordineringsrådet for Ibrugtagning af Sygehusmedicin).	Regionalt styringsinstrument	Ja
	National rekommandationsliste fra Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF)	Kliniske retningslinjer til støtte af alment praktiserende lægers ordination i valget mellem tilgængelige lægemidler inden for en defineret lægemiddelgruppe.	Statsligt styringsinstrument	Ja
Gråzone	Referenceprogrammer	Et referenceprogram er en særlig form for klinisk retningslinje, som indeholder en systematisk beskrivelse af de elementer, som bør indgå i undersøgelse, behandling og pleje af en bestemt sygdom eller et kompleks af symptomer. Beskrivelsen sker tværfagligt på grundlag af evidensbaseret viden, og der medtages organisatoriske og sundhedsøkonomiske overvejelser.	Tidligere anvendt som statsligt styringsinstrument	Nej
Forløbsbeskrivelser	Regionale forløbsprogrammer	Standardiseret beskrivelse af den tværfaglige, tværsektorielle koordinerede og evidensbaserede sundhedsfaglige indsats samt opgavefordeling, samarbejde og koordinering mellem aktører med udgangspunkt i en given patientgruppe.	Regionalt styringsinstrument	Ja
	Forløbspakker ("kræftpakker" og "hjertepakker")	En forløbspakke er et patientforløb, hvor de enkelte begivenheder er lagt til rette med faste krav til tidspunkter og indhold, og som i udgangspunktet følger et på forhånd booket forløb.	Statsligt styringsinstrument	Ja

7.2 Baggrunden for nationale kliniske retningslinjer og forløbspakker

7.2.1 Kliniske retningslinjer

Med finansloven for 2012 blev der afsat i alt 80 mio. kr. til at udarbejde cirka 50 nationale kliniske retningslinjer (NKR) i regi af Sundhedsstyrelsen (199). I alt 47 retningslinjer er udarbejdet på bevillingen fra 2012 og publiceret på Sundhedsstyrelsens hjemmeside i perioden 2013-2017.

Formålet med NKR er at understøtte en ensartet sundhedsfaglig indsats, uanset hvor i landet patienten bor (199). NKR har ikke som primært formål at afklare forhold vedrørende visitation og organisering af indsatsen samt samfundsøkonomiske konsekvenser. Oprindeligt var der et ønske om, at

NKR både skulle sikre en sundhedsfaglig indsats af ensartet høj kvalitet og medvirke til øget omkostningseffektivitet (mest mulig sundhed for pengene)¹⁷. Ved fastlæggelse af metoden for udarbejdelse af NKR er retningslinjerne dog afgrænset til det sundhedsfaglige perspektiv (201). Det vil sige, at det primære hensyn, som varetages med NKR, er hensynet til kvalitet i sundhedsvæsenets ydelser.

Sundhedsstyrelsen har også tidligere stået i spidsen for at udvikle evidensbaserede kliniske retningslinjer på nationalt niveau. I årene 2004-2007 udarbejdede Sundhedsstyrelsen fx 10 referenceprogrammer baseret på evidens og god praksis (202). Referenceprogrammer er en særlig form for klinisk retningslinje (63), som adskiller sig fra NKR ved at omfatte hele patientforløb samt medtage organisatoriske og sundhedsøkonomiske overvejelser (203). Referenceprogrammer er således mere omfattende og ressourcekrævende at udarbejde end NKR.

7.2.2 Forløbspakker

I Danmark er der indført nationale "kræftpakker" og "hjertepakker" (196). Pakkeforløb på kræftområdet har eksisteret siden 2008¹⁸, mens pakkeforløb for fire udvalgte hjertesygdomme blev implementeret i 2010¹⁹ (207).

Formålet med pakkeforløbene er at tilbyde patienterne optimal udredning og behandling for at forkorte forløbet og hermed forbedre prognose samt livskvalitet og mindske utryghed ved ventetid uden kendt årsag (208). Det vil sige, at det primære hensyn, som varetages med forløbspakkerne, er hensynet til kvalitet i sundhedsvæsenets ydelser og sammenhæng i patientforløb, bl.a. ved reduktion af unødigt ventetid.

7.3 Anvendelsen af nationale kliniske retningslinjer og forløbspakker i dag

7.3.1 Kliniske retningslinjer

Med finansloven for 2017 er der afsat en pulje på 38 mio. kr. til videreførelse af arbejdet med NKR i perioden 2017-2020 (199)²⁰. Puljen er etableret i regi af Sundhedsstyrelsen og målrettet faglige

¹⁷ Af 'Aftaler om Finansloven for 2012' (200) fremgår følgende om baggrunden for beslutningen om at afsætte midler til udarbejdelse af NKR: "Der skal være sikkerhed for samme gode behandling, uanset hvor i Danmark patienten bliver behandlet. Og behandlingen skal svare til bedste praksis på et behandlingsområde. Derfor skal der udarbejdes nationale kliniske retningslinjer. Det betyder systematisk udarbejdede, faglige anbefalinger, der beskriver diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering for konkrete patientgrupper – baseret på evidens for virkningen og bedste praksis. Retningslinjerne er også et element i sikringen af en løbende prioritering på sundhedsområdet med fokus på at sikre mest mulig sundhed for pengene".

¹⁸ Af økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner for 2008 fremgår følgende om baggrunden for indførelse af pakkeforløb på kræftområdet (153): "Sundhedsvæsenet skal reagere med det samme ved mistanke om, at en patient har kræft. Den nærmere undersøgelse heraf skal påbegyndes hurtigst muligt og tilrettelægges i standardforløb, der sikrer, at der ikke er unødigt spildtid mellem de forskellige undersøgelser. Patienter, der udredes for en livstruende sygdom, herunder kræft, skal prioriteres i forhold til patienter med mindre alvorlige lidelser. Der påbegyndes i 2007 offentliggørelse af interne ventetider til en række kræftbehandlinger. Regeringen og Danske Regioner er enige om, at der skal gennemføres initiativer, der bidrager til afkortning af interne ventetider, herunder bl.a. via mere hensigtsmæssig tilrettelæggelse af patientforløb". Efterfølgende i oktober 2007 indgik Danske Regioner og regeringen en aftale om udarbejdelse af pakkeforløb for alle kræftformer, som blev implementeret i 2008 (204,205).

¹⁹ Af økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner for 2009 fremgår følgende om baggrunden for indførelse af pakkeforløb på hjerteområdet (206): "Parterne er enige om, at der skal indføres pakkeforløb for patienter med livstruende hjertesygdomme. Pakkeforløbene skal sikre, at patienterne oplever et effektivt og trygt forløb med den rette information undervejs. Patienterne skal ikke udsættes for unødigt ventetid i forbindelse med et behandlingsforløb. Patienter med akut livstruende hjertesygdom behandles allerede i dag akut og omfattes derfor ikke af pakkeforløb. Pakkeforløbene skal omfatte øvrige patienter, der lider af livstruende hjertesygdomme. På denne baggrund omfattes hjertetilstandene stabil angina pectoris (stabile hjertekræmper), NSTEMI/ustabil angina pectoris (mindre blodprop i hjertet/ustabile hjertekræmper), hjerteinsufficiens (hjertesvigt) og hjerteklap-sygdom efter anbefaling fra en sundhedsfaglig baggrundsgruppe under Sundhedsstyrelsen og efterfølgende godkendelse i Sundhedsstyrelsens Hjertefølgegruppe".

²⁰ Med aftalen om satspuljen på sundheds- og ældreområdet for 2016-2019 er der endvidere afsat midler til at udarbejde tre NKR målrettet sårbare ældre i regi af Sundhedsstyrelsen (199). To af disse retningslinjer er publiceret i september 2017. Den sidste

selskaber/miljøer til udarbejdelse og opdatering af kliniske retningslinjer, dvs. at NKR fremover primært skal udarbejdes af faglige selskaber/miljøer. Dele af puljemidlerne anvendes dog til udarbejdelse af nye NKR i regi af Sundhedsstyrelsen samt opdatering af eksisterende NKR. Sundhedsstyrelsen er overordnet ansvarlig for, hvilke ansøgninger fra faglige selskaber/miljøer der skal modtage midler fra NKR-puljen, og puljefinansierede NKR kvalitetsvurderes af Sundhedsstyrelsen før publicering (210).

Udarbejdelsen af NKR er baseret på GRADE-metoden²¹, uanset om det foregår i regi af Sundhedsstyrelsen eller de faglige selskaber/miljøer. GRADE-processen omfatter (211):

- Formulering af kliniske spørgsmål i såkaldt PICO-format (patient/intervention/comparator/outcome) og udvælgelse af effektmål (outcome)
- Identifikation af evidens ved systematisk litteratursøgning
- Generering af estimater for effektmål og vurdering af kvaliteten af evidensen for hvert effektmål
- Vurdering af den samlede evidens samt formulering af anbefalinger.

I henhold til GRADE-metoden skal anbefalingernes retning (for/imod) og styrke (stærk/svag) baseres på vurderinger af balancen mellem skadelige og gavnlige virkninger, kvaliteten af evidensen, patienternes værdier og præferencer samt eventuelle overvejelser om ressourceforbrug (212).

NKR udarbejdes af arbejdsgrupper, som repræsenterer relevante specialer og fagligheder. De kliniske spørgsmål (kaldes fokuserede spørgsmål i NKR-terminologien), som retningslinjen skal besvare, udvælges af arbejdsgruppen givet emnet for retningslinjen og godkendes af Sundhedsstyrelsen. I NKR udarbejdet i regi af Sundhedsstyrelsen formuleres op til 10 fokuserede spørgsmål (201). I puljefinansierede NKR udarbejdet af faglige selskaber/miljøer er udgangspunktet cirka fem fokuserede spørgsmål (210). I henhold til metodehåndbogen for NKR skal arbejdsgruppen ved formulering af anbefalinger for de fokuserede spørgsmål forholde sig til kvaliteten af den fundne evidens, patienternes værdier og præferencer, balancen imellem gavnlige og skadelige virkninger samt andre eventuelle overvejelser, fx af organisatorisk eller praktisk art (201,210). Anbefalinger kan være for eller imod en given sundhedsfaglig indsats, og styrken af anbefalingen kan være stærk eller svag i overensstemmelse med GRADE-metoden. I de tilfælde, hvor der ikke er fundet litteratur til at besvare det fokuserede spørgsmål, skal arbejdsgruppen formulere en "god praksis anbefaling", som er baseret på konsensus og kliniske erfaringer (201,210). "God praksis anbefalinger" er ikke en del af GRADE-metoden og benyttes kun, hvis der ikke foreligger evidens.

Juridisk er NKR klassificeret som faglig rådgivning. Det betyder, at Sundhedsstyrelsen anbefaler relevante fagpersoner at følge retningslinjernes anbefalinger, men at anbefalingerne ikke er juridisk bindende (201,210).

Ansvaret for implementeringen og anvendelsen af NKR ligger i regi af regioner og kommuner, og implementeringen af NKR bliver ikke monitoreret systematisk på nationalt niveau.

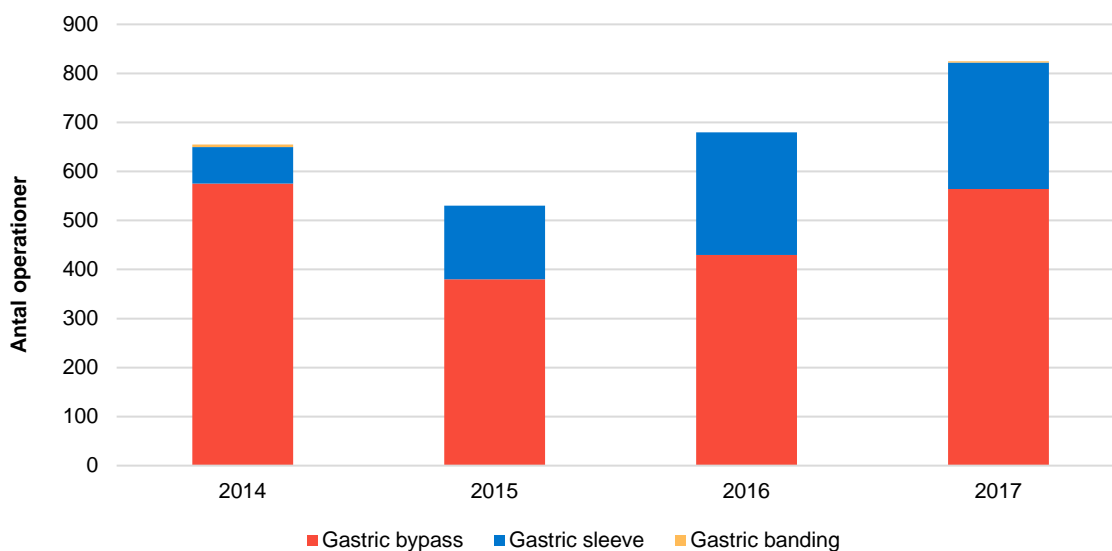
Det har i nogle tilfælde været nødvendigt at kombinere NKR med nationale visitationsretningslinjer, da NKR udarbejdes uden kobling til økonomi. I visitationsretningslinjer opstilles kriterier for, hvilke patienter der kan henvises til den eller de sundhedsfaglige ydelser, som visitationsretningslinjen

forventes også publiceret i 2017. Retningslinjerne skal bringe "den nyeste forskning og viden på udvalgte områder ud til sundhedspersonalet, der til dagligt arbejder med de ældre patienter" og "danne et godt grundlag for, at den enkelte læge, sygeplejerske mv. kan tilbyde den svage, ældre patient den bedst mulige behandling på tværs af sundhedsvæsenet og i hele landet" (209). Herudover er der i den nationale demenshandlingsplan fra 2016 afsat midler til at udarbejde tre NKR på demensområdet i regi af Sundhedsstyrelsen (199). Disse tre retningslinjer forventes publiceret i 2018.

²¹ GRADE står for 'Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation' og er en udbredt og internationalt anerkendt metode til at formulere kliniske anbefalinger baseret på vurderinger af kvaliteten af evidensen.

vedrører. Et eksempel er behandling af svær fedme. I 2017 offentliggjorde Sundhedsstyrelsen en NKR for fedmekirurgi, som indeholder en stærk anbefaling om at nedsætte BMI- og aldersgrænsen for tilbud om fedmekirurgisk vurdering i forhold til den dengang gældende visitationsretningslinje på området (213). Danske Regioner påpegede, at de nye retningslinjer kunne få store udgiftsmæssige konsekvenser (214). Den tidligere BMI- og aldersgrænse blev netop indført for at tøjle en voldsom stigning i fedmeoperationer i perioden op til 2010. Efter offentliggørelsen af NKR for fedmekirurgi har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en ny visitationsretningslinje, hvor den tidligere BMI- og aldersgrænse er afskaffet (215). Den nye visitationsretningslinje er principielt i overensstemmelse med anbefalingerne i NKR for fedmekirurgi, men forudsætter samtidig, at de nye retningslinjer ikke medfører stigninger i udgifterne i regionerne. Processen for udarbejdelse af den nye visitationsretningslinje var udfordrende, da de lægelige eksperter ikke ønskede at bidrage til et nyt sæt regler, som skulle udarbejdes under forudsætning af uændrede udgifter til fedmeoperationer (216). Danske Patienter har også kritiseret de nye visitationsretningslinjer og peget på, at der bør følge penge med, når man ændrer faglige retningslinjer (217). Med de nye visitationsretningslinjer er det således op til regionerne at prioritere mellem patienter, som opfylder kriterierne for fedmekirurgi, sådan at udgifterne til fedmeoperationer holdes i ro²². I praksis er det læger på hospitaler og klinikledelser, som skal foretage denne prioritering. Data fra Sundhedsdatastyrelsen viser, at det samlede antal af offentligt finansierede fedmeoperationer i 2017 er steget i forhold til 2016, jf. Figur 7.1.

Figur 7.1 Antal offentligt finansierede fedmeoperationer i Danmark, 2014-2017



Kilde: Landspatientregisteret: Udtræk fra eSundhed.dk (data for 2014-2016) og Sundhedsdatastyrelsen (data for 2017).

7.3.2 Forløbspakker

En forløbspakke/pakkeforløb er et standardpatientforløb, som de fleste patienter inden for den patientgruppe, som forløbspakken vedrører, vil kunne følge (218).

I oktober 2007 indgik den daværende regering og Danske Regioner en aftale om at udarbejde pakkeforløb for alle kræftsygdomme med det formål at forbedre patienternes prognose, bedre livskvaliteten og mindske utrygheden ved ventetid uden kendt årsag.

²² En lægefaglig ekspert vurderer, at centralisering af behandlingen af svært og ekstremt overvægtige på offentlige sygehuse, herunder at Sundhedsstyrelsen i sin specialeplan har fjernet privathospitalers muligheder for at udføre fedmeoperationer, vil medvirke til at sikre en bedre prioritering og vurdering af, om patienter har gavn af en fedmeoperation (216).

I 2008 blev der udarbejdet og implementeret forløbspakker for alle kræftformer i henhold til aftalen fra oktober 2007 (219). Forløbspakkerne er siden løbende revideret på baggrund af ny viden, samtidig med at antallet af forløbspakker er udvidet²³. Kræftpakkerne er offentliggjort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside (220). I kræftpakkerne angives forløbstider for henvisnings-, udrednings- og behandlingsforløbet, som lægges sammen til en samlet forløbstid, fra henvisning er modtaget, til initial behandling er startet (219). Indholdet af de enkelte forløbspakker er udarbejdet af multidisciplinære kliniske arbejdsgrupper med deltagelse af de fem regioner og baseret på eksisterende kliniske retningslinjer (197).

Der er for alle kræftformer udarbejdet sundhedsfaglige kriterier for, hvornår der er begrundet mistanke om en bestemt kræftform (219). Når en patient opfylder kriterierne for begrundet mistanke, skal patienten umiddelbart henvises til pakkeforløb, uanset hvilken læge der vurderer, at der er begrundet mistanke. I 2016 er der registreret i alt 123.366 patienter, som påbegyndte udredning i et kræftpakkeforløb (221). For 30.438 forløb viser registreringen, at diagnosen blev bekræftet, eller at der fortsat er begrundet mistanke om kræft (221). Billedet var nogenlunde det samme i 2013-2015 (222,223). Størstedelen af de patienter, som henvises til kræftpakker, viser sig således ikke at have kræft.

Siden 2010 har der også været indført forløbspakker for fire udvalgte hjertesygdomme²⁴. Sundhedsstyrelsen har dog i 2017 besluttet at udfase hjertepakkerne og erstatte dem med nye anbefalinger for det tværfaglige forløb for patienter med hjertesygdom (207). Beslutningen har været drøftet i Sundhedsstyrelsens Udvalg for Hjertesygdomme, som omfatter repræsentanter fra relevante faglige selskaber, regioner, Hjertereforeningen mv. I udvalget var der opbakning til beslutningen, fordi det blev vurderet, at der er behov for en mere differentieret beskrivelse end forløbspakkerne og en bedre sammenkobling af indsatser på tværs af sektorer samt inddragelse af primærsektoren (224).

Det er regionernes ansvar at forvalte forløbspakkerne, herunder at sikre den nødvendige kapacitet for at kunne undgå unødigt ventetid og overholde standardforløbstiderne. Reglerne om maksimale ventetider for patienter med livstruende sygdomme gælder stadig for kræftpatienterne, så forløbstiderne er ikke en ny rettighed, men patienter og patientvejledere kan bruge dem som rettesnor for tidsforløbet fra henvisning til pakkeforløb, til behandling indledes.

Forløbspakkerne monitoreres på nationalt niveau. Det er den samlede forløbstid, fra henvisning er modtaget, til initial behandling er startet, som monitoreres på nationalt niveau (219). Monitoreringen varetages af Sundhedsdatastyrelsen, som kvartalsvist og årligt offentliggør monitoreringsdata for hele landet og fordelt på regioner. Herudover leverer Sundhedsdatastyrelsen ugentlige/månedlige dataleverancer til de enkelte regioner til lokal anvendelse (225). Til brug for monitoreringen har Sundhedsdatastyrelsen oprettet særlige koder til registrering af pakkeforløb i Landspatientregisteret, fx koder for modtagelse af henvisning til pakkeforløb, start på udredning, beslutning om og start på behandling samt afslutning af pakkeforløb. Sundhedsstyrelsen kommenterer på den kvartalsvise monitorering i et særskilt notat, som offentliggøres på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, og drøfter udfordringer i forhold til overholdelse af standardforløbstider med regionerne i regi af Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerterområdet (226).

²³ Fra 2016 er afsnit om efterforløb taget ud af kræftpakkerne og erstattet af opfølgingsprogrammer, der beskriver, hvordan patienter kan følges op individuelt, efter behandlingen af kræftsygdommen er afsluttet (204). Der er ikke tale om standardforløb, men om individuelt tilrettelagte opfølgingsprogrammer, da der for mange kræftformer ikke er dokumentation for, at rutinemæssige kontrolundersøgelser såsom scanninger og blodprøver med faste tidsintervaller forlænger overlevelsen.

²⁴ Hjerteklapsygdom, hjertesvigt, stabil angina pectoris (stabile hjertekramper) og ustabil angina pectoris/NSTEMI (ustabile hjertekramper/blodprop i hjertet).

Monitoreringsdata for kræftpakkerne blev offentliggjort for første gang i maj 2013 (227), og monitoreringsdata for hjertepakkerne fulgte i marts 2014²⁵ (229). Monitoreringen af hjertepakkerne er dog afsluttet med afrapportering af 4. kvartal 2016, da der var bred enighed om, at den ikke var fagligt meningsfuld (230). Det skal ses i sammenhæng med udfasningen af hjertepakkerne²⁶.

7.4 Effekt og resultat af nationale kliniske retningslinjer og forløbspakker

Om kliniske retningslinjer og andre reguleringstandarder virker som styringsinstrument, er helt afhængig af implementeringsprocessen (232). Hvis de ikke er implementeret, har de ingen effekt.

7.4.1 Kliniske retningslinjer

Sundhedsstyrelsen har i et notat fra 2017 foretaget en erfaringsopsamling af arbejdet med NKR i perioden 2012-2016 (202). Notatet er baseret på erfaringer opsamlet i sekretariatet bag NKR-projektet i Sundhedsstyrelsen, en spørgeskemaundersøgelse blandt tidligere arbejdsgruppemedlemmer gennemført af Sundhedsstyrelsen og en ekstern interviewundersøgelse blandt 24 fagpersoner fra regioner, kommuner, faglige selskaber, patientforeninger mv. gennemført af Hassø Consulting (233).

Den eksterne interviewundersøgelse gennemført af Hassø Consulting peger på, at NKR potentielt kan have væsentlige effekter (233). Det nævnes som eksempel, at NKR har været med til at omdefinere det ortopædkirurgiske speciale, således at man nu fokuserer på den operative og ikke-operative behandling, fordi man via NKR har afdækket, at der i nogle tilfælde er bedre evidens for fx træning end operation.

Sundhedsstyrelsen forventer selv, at de NKR, som er udarbejdet frem til og med 2016, vil medvirke til bl.a. nedenstående ændringer i praksis (202):

- Færre amputationer som følge af diabetes
- Sikrere fødsler
- Et nedsat forbrug af blod i forbindelse med transfusion i Danmark
- Ensartethed og høj kvalitet i kommuners rehabilitering af KOL-patienter
- Ensartet behandling af aldersbetinget grå stær
- Færre operationer af patienter med impingementsyndrom/rotator cuff-syndrom (skuldersmerter) med kort symptomvarighed
- Et kvalitetsløft inden for psykiatrien, idet en relativt stor andel af retningslinjerne vedrører psykiatrien (herunder ADHD, spiseforstyrrelser, depression, skizofreni, bipolar lidelse, obsessiv-kompulsiv tilstand, angst, alkoholbehandling i relation til psykisk sygdom).

Der findes dog endnu ingen dokumentation for, at de forventede effekter er opnået. Dette skal ses i lyset af, at de fleste NKR er offentliggjort fra 2015 og frem. Samtidig kan det i praksis være vanskeligt at måle effekten af den enkelte NKR, især når implementeringen af anbefalinger sker over en længere periode parallelt med implementeringen af andre indsatser på området.

²⁵ Det var dog kun tre af hjertepakkerne, der indgik i monitoreringen (stabile hjertekramper, ustabile hjertekramper og hjerteklapsygdom), da den fjerde (hjertesvigt) "har et meget individualiseret forløb, der ikke egner sig til en monitorering" (228).

²⁶ Fra 1. kvartal 2017 og frem følger Sundhedsstyrelsen hjerteområdet ved brug af en midlertidig monitoreringsmodel med fokus på overholdelse af gældende patientrettigheder, herunder udredningsretten og maksimale ventetider (231). Den midlertidige model anvendes, indtil en helt ny overvågningsmodel på hjerteområdet træder i kraft baseret på Nyt Dansk Hjerteregister (NDHR).

Det er regioner og kommuners ansvar at implementere NKR i praksis. Sundhedsstyrelsen har som støtte hertil udarbejdet en implementeringshåndbog med forslag til evidensbaserede implementeringsstrategier. Disse strategier inkluderer fastsættelse af mål, feedback, tidsestimater og inddragelse af patienter og pårørende. De enkelte retningslinjer indeholder også forslag til implementeringsstrategier. I Sundhedsstyrelsens notat (202) beskrives den regionale indsats for at implementere retningslinjerne som bestående af:

- udsendelse af retningslinjer til de relevante interessenter
- afholdelse af et opfølgende møde, når en retningslinje er udsendt for at diskutere, hvilke ændringer retningslinjen giver anledning til i forhold til eksisterende praksis
- publicering af de kliniske retningslinjer i regionens dokumentstyringssystem.

Den eksterne interviewundersøgelse gennemført af Hassø Consulting (233) bekræfter, at implementeringsprocessen er i gang i regionerne. Interviewundersøgelsen peger dog på, at dette i mindre grad er tilfældet blandt praktiserende læger, hvor der mangler en samlande og drivende kraft. Der er endvidere få konkrete erfaringer med, hvordan NKR implementeres i kommunerne (202).

Sundhedsstyrelsens erfaringsopsamling viser samtidig, at regionerne oplever udfordringer i forhold til at implementere NKR (202). Det nævnes bl.a., at retningslinjernes svage/betingede anbefalinger (hvor handlingsanvisningen alene går på at overveje og ikke nødvendigvis tilbyde en given indsats) kan være svære at håndtere.

På nationalt plan følges der ikke systematisk op på efterlevelsen af NKR. Fra et styringsperspektiv forudsætter Sundhedsstyrelsen altså, at regioner og kommuner sikrer, at anbefalinger i NKR følges. Hver NKR indeholder typisk forslag til indikatorer, som kan anvendes til monitorering, jf. boksen nedenfor, men der ikke er fastsat mål for de enkelte indikatorer, og det har langt fra været muligt at opstille målbare og valide indikatorer for alle anbefalinger baseret på eksisterende datakilder.

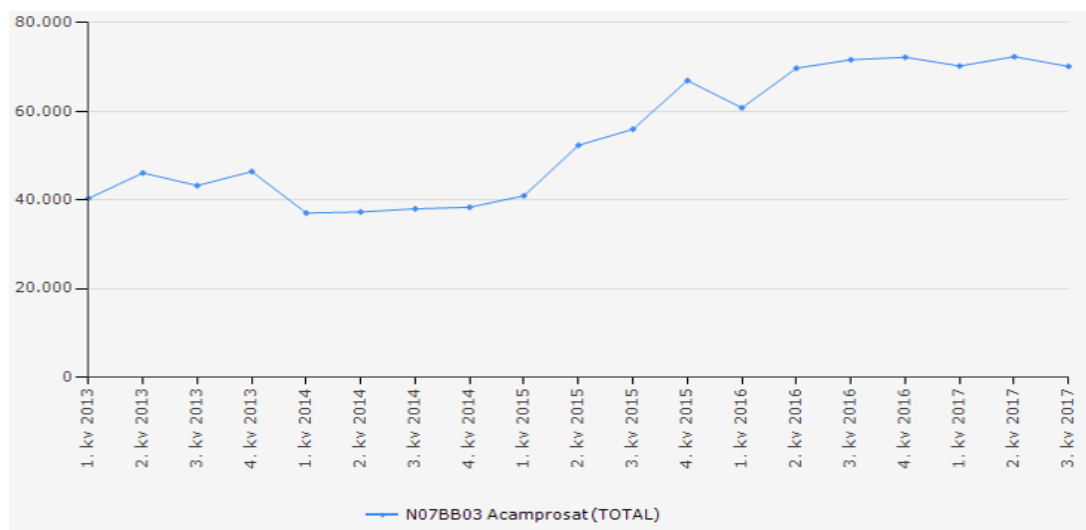
Den danske litteratur, der ser på tværs af patientgrupper for at undersøge faktorer, som påvirker implementeringen af kliniske retningslinjer, er begrænset og vedrører overvejende implementeringen af retningslinjer i almen praksis (234-236).

Et kvalitativt studie fra 2010 (234) – dvs. før udarbejdelsen af NKR – viser, at de praktiserende læger generelt finder det vanskeligt at holde sig opdateret om nye behandlingsformer/forskning og ønsker kortere og mere praktiske kliniske retningslinjer. Ifølge studiet forholder de praktiserende læger sig undertiden skeptisk til evidensen bag nye retningslinjer, men stoler på de retningslinjer, der er udarbejdet af deres eget faglige selskab. Studiet viser endvidere, at de praktiserende læger oplever et dilemma mellem en standardiseret behandlingspraksis, der følger kliniske retningslinjer, og at give en individuelt tilpasset behandling til den enkelte patient. Patienterne kan også stille krav om bestemte behandlinger, som kan føre til, at lægen må forhandle med patienten om at følge retningslinjerne. Retningslinjer, der kunne lette arbejdet, blev hyppigere brugt end de retningslinjer, der var komplicerede at følge, og danske praktiserende læger opfattede retningslinjer, der inkluderede økonomisk evaluering, som vigtige og legitime.

Eksempler på monitorering af anbefalinger

NKR for behandling af alkoholafhængighed (237) offentliggjort i marts 2015 indeholder en stærk anbefaling om at tilbyde lægemidlet acamprosat som supplement til samtalebehandling til alkoholafhængige. Forslag til indikator for monitorering omfatter salg af acamprosat ifølge Lægemiddelstatistikregisteret. Data fra Lægemiddelstatistikregisteret viser en stigning i salget af acamprosat siden offentliggørelsen af retningslinjen, jf. Figur 7.2.

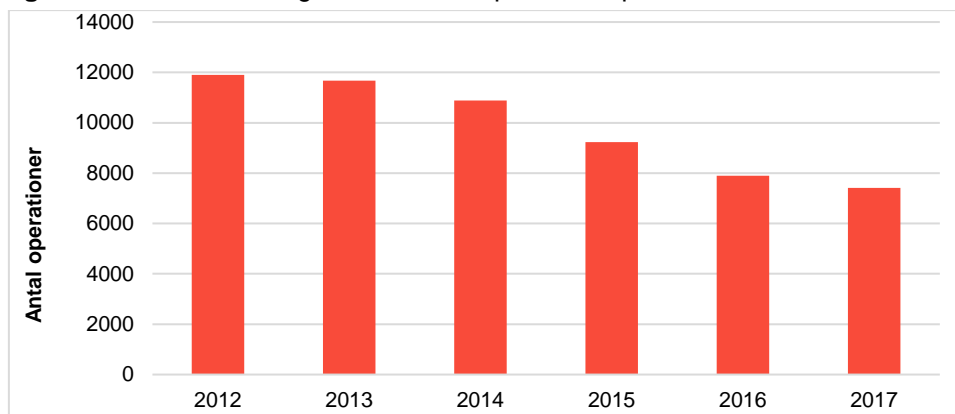
Figur 7.2 Samlet mængdesalg af acamprosat (DDD)



Kilde: Esundhed.dk, Lægemiddelstatistikregisteret

NKR for meniskpatologi i knæet (238) offentliggjort i maj 2016 indeholder en god praksis anbefaling om primært at overveje ikke-kirurgisk behandling til patienter med traumatisk opståede smerter. Data fra Landspatientregisteret viser, at antallet af offentligt finansierede menisk-operationer faldt i perioden op til offentliggørelsen af retningslinjen og er faldet yderligere i 2017. Det fremgår af retningslinjen, at en egentlig monitorering af anbefalingen på baggrund af data vedrørende ændret antal operationer ikke er anvendelig, da patientgruppen, som er omfattet af anbefalingen, ikke kan afgrænses (patienter med traumatisk opståede smerter). Data for det samlede antal operationer kan dog stadig anvendes som pejlemærke.

Figur 7.3 Antal offentligt finansierede operationer på knæleddets menisker



Anm.: Opgjort som antal operationer med procedurekode KNGD.

Kilde: Landspatientregisteret: Udtræk fra eSundhed.dk (data for 2012-2016) og Sundhedsdatastyrelsen (data for 2017).

Internationalt har der været stor interesse for effekten af kliniske retningslinjer. Nyere studier beskæftiger sig med udfordringer ved implementering af kliniske retningslinjer og peger på, at flere kliniske retningslinjer kan have begrænset effekt på grund af manglende implementering (239,240). Litteraturgennemgange (reviews), der forsøger at sammenfatte evidensen for kliniske retningslinjers effekt på tværs af studier, er udfordrede af, at få eksisterende studier har stærke forskningsdesigns.

Et tidligt review (241), der alene inkluderede studier med et stærkt forskningsdesign, fandt positive effekter af kliniske retningslinjer i 55 ud af 59 studier inkluderet i reviewet, men både typen af retningslinjer og de fundne effektstørrelser varierede betydeligt.

Et hollandsk review (242), der opsamler evidensen for effekten af nationale evidensbaserede kliniske retningslinjer udviklet af to hollandske nationale institutter, fandt moderat evidens for effekten af de kliniske retningslinjer. Studiet fandt forbedringer i praksis med hensyn til mindst en af flere undersøgte anbefalinger i 13 af de 20 studier, der var inkluderet i reviewet, men effektstørrelsen varierede betydeligt. Reviewet inkluderede både studier med og uden kontrolgrupper og bemærkede, at studier uden kontrolgruppe var mere tilbøjelige til at finde en positiv effekt.

I England er der en lang tradition for at udarbejde kliniske retningslinjer, og der følges systematisk op på implementeringen af anbefalingerne, jf. boksen nedenfor.

Kliniske retningslinjer i det engelske sundhedsvæsen

Siden efteråret 2016 har NICE* forsøgt at kortlægge effekten af sine anbefalinger i halvårige rapporter. Der findes også en optagsdatabase, som samler og offentliggør data om optaget af NICEs anbefalinger (243).

I den seneste optagsrapport fra marts 2017 blev optaget opgjort for 146 specifikke kliniske retningslinjer og standarder. Af disse blev der observeret en stigning i optaget for 60 % af anbefalingerne, ingen ændring for 7 % af anbefalingerne og et fald i optaget for 33 % af anbefalingerne. Bemærk, at denne opgørelse ikke siger noget om den statistiske signifikans af ændringerne i optag og ikke forsøger at isolere effekten af anbefalingerne. Et casestudie inden for behandlingen af diabetes viste, at optaget faldt for retningslinjer, hvor der ikke længere blev givet et økonomisk incitament til optag (244).

* The National Institute for Clinical Excellence (NICE) blev etableret i 1999 med det formål at reducere variation i adgang til og kvalitet af behandling og pleje i det offentlige engelske sundhedsvæsen (NHS). Midlet var bl.a. kliniske retningslinjer. Hensyn til omkostningseffektivitet var fra starten inkluderet som et mål i NICEs anbefalinger. Siden sin etablering har NICE taget flere opgaver på sig og er i dag kendt som National Institute for Health and Care Excellence med over 600 ansatte (245).

7.4.2 Forløbspakker

I modsætning til NKR monitoreres forløbspakkerne systematisk på nationalt niveau med hensyn til antal registrerede forløb og andelen af registrerede forløb, der gennemføres inden for standardforløbstiden.

Den nationale monitorering af kræftpakkerne dokumenterer, at størstedelen af de registrerede forløb gennemføres inden for standardforløbstiden²⁷ (221). Der er ikke fastsat en national tærskelværdi for, hvilken andel af forløbene der bør være gennemført inden for standardforløbstiderne (222), men Sundhedsstyrelsen fokuserer på forløb, som ligger under den "nationale 1. kvartil", dvs. den fjerdedel af forløbene, der har den laveste andel gennemført inden for standardforløbstiderne.

²⁷ I 2016 blev 80 % af de registrerede forløb gennemført inden for standardforløbstiden, og andelen af registrerede forløb gennemført inden for standardforløbstiden er steget fra 2013 til 2016, samtidig med at antallet af forløb har været nogenlunde konstant (221).

Det er den generelle opfattelse, at kræftpakkerne har medført betydelige forbedringer i diagnosticering og behandling af kræftpatienter (196). En ny undersøgelse om kræftpakker baseret på interview med 93 hospitalsansatte i 2017 viser, at særligt ansatte, som husker tiden før pakkeforløb, oplever, at forløbene er væsentligt bedre, og at patienterne er væsentligt mere tilfredse i dag (246). Der peges i analysen på, at kræftpatienterne prioriteres højere i hele systemet med deraf følgende kortere ventetid. Mange steder oplever de hospitalsansatte, at pakkeforløbene, bl.a. qua den øgede brug af multidisciplinære teams-konferencer (MDT-konferencer), skaber væsentlige forbedringer i det tværgående samarbejde specialerne imellem. Nogle kobler også forbedringen i overlevelse på nogle pakker til faldet i forløbstiderne siden indførelsen af pakkerne, mens andre ikke ser samme direkte sammenhæng.

Formålet med den nationale monitorering af hjertepakkerne har – ligesom monitoreringen af kræftpakkerne – været at følge antallet af patienter, der inkluderes i pakkeforløb, og om de fastsatte standardforløbstider overholdes. Der har dog været store udfordringer med forskelle i registreringspraksis mellem regioner (231).

I praksis er det vanskeligt at dokumentere, i hvilket omfang kræft- og hjertepakkerne har reduceret ventetiden i patientforløb, da der parallelt med indførelsen af pakkerne er sket andre ændringer, som kan påvirke forløbstiden. Tilsvarende kan det være svært at dokumentere effekten af pakkerne på fx overlevelse, da der parallelt med implementeringen af pakkerne er sket en centralisering af behandlingen på færre sygehuse, ligesom der løbende indføres nye behandlingsmuligheder mv.

Flere danske studier viser, at forløbstiderne for kræftpatienter er reduceret efter indførelsen af kræftpakkerne, men det er ikke klart, i hvilket omfang udviklingen skyldes kræftpakkerne (247-250). Et nyt dansk studie fra 2017 viser, at også patienttilfredsheden er øget efter implementeringen af kræftpakkerne, men også her er det uklart, i hvilket omfang det skyldes kræftpakkerne (251). Med hensyn til effekten på overlevelse findes der et nyt dansk studie fra 2017, som undersøger overlevelse og dødelighed før og efter implementeringen af kræftpakkerne blandt patienter med syv hyppige kræftformer diagnosticeret via henvisning fra almen praksis (252). Studiet viser bedre overlevelse og reduceret dødelighed efter implementeringen af kræftpakkerne for alle syv kræftformer med statistisk signifikante ændringer for lungekræft, kræft i livmoderhals, livmoder og æggestokke mv. og alle syv kræftformer under ét. Blandt de 2.336 patienter diagnosticeret efter implementering af kræftpakkerne ses en tendens til bedre overlevelse og reduceret dødelighed i gruppen af patienter henvist til pakkeforløb, men ændringerne er ikke statistisk signifikante for alle syv kræftformer under et.

7.5 Vurdering af fordele og ulemper ved nationale kliniske retningslinjer og forløbspakker

Både NKR og forløbspakker har potentiale til at understøtte kvalitet i det danske sundhedsvæsen. Det er endnu for tidligt at vurdere effekterne af NKR, men der er forholdsvis god dokumentation for, at kræftpakkerne har opfyldt deres formål. Forløbspakker er især velegnede til forløb med en stor volumen af patienter med det samme behandlingsbehov²⁸. Det har i mindre grad været tilfældet for forløbspakkerne på hjerteområdet, som nu udfases.

Erfaringerne fra andre lande med hensyn til effekter af kliniske retningslinjer er blandede, men det står klart, at implementeringen spiller en nøglerolle.

²⁸ Et kritikpunkt af forløbspakkerne har været, om det er hensigtsmæssigt at være så fokuseret på at fastlægge standardiserede pakkeforløb og sætte alle kræfter ind her. Mange kræft- og hjertepatienter passer ikke nødvendigvis ind i en "standardpakke" (196), fx på grund af ko-morbiditet.

Løbende monitorering kan medvirke til at sikre implementering, bl.a. gennem sammenligningskonkurrence aktørerne imellem, men forudsætter, at der kan opstilles målbare og valide indikatorer. Sundhedsstyrelsen monitorerer løbende antallet af registrerede kræftpakkeforløb og andelen af registrerede forløb, der gennemføres inden for standardforløbstiden. Denne monitorering har formentlig medvirket til at sikre kortere udrednings-/behandlingstid for flere kræftpatienter. Sundhedsstyrelsen har også monitoreret hjertepakkerne, men denne monitorering har været særligt udfordret af forskelle i registreringspraksis og er nu udfaset (231).

Implementeringen af NKR monitoreres ikke systematisk på nationalt niveau. Mulighederne for fremtidig monitorering afhænger af den enkelte retningslinje. Når en NKR indeholder svage anbefalinger, kan det i praksis være vanskeligt at måle, om anbefalingerne er implementeret, da svage anbefalinger alene går på at overveje og ikke nødvendigvis tilbyde en given indsats. Sondringen mellem stærke og svage anbefalinger følger af GRADE-metoden. Anvendelsen af GRADE-metoden ved udarbejdelsen af NKR vurderes af Sundhedsstyrelsen at være en succes, og det fremhæves, at GRADE-metoden er vel modtaget og nu bliver anvendt af flere faglige selskaber (202). Ved udvælgelse af områder for udarbejdelse af NKR har Sundhedsstyrelsen valgt at fokusere på områder, hvor der er uenighed om evidensgrundlaget. Selvom det virker åbenbart, at det netop er på disse områder, at en klinisk retningslinje kan virke afklarende, har det samtidig betydet, at de NKR, som er offentliggjort indtil nu, indeholder mange svage anbefalinger, da det på disse områder har været vanskeligt at finde evidens af høj kvalitet. Samtidig peger den eksisterende viden på, at simple kliniske retningslinjer med et klart budskab opfattes mere positivt af klinikere og dermed formentlig har større sandsynlighed for at blive implementeret i praksis. Regionerne peger også på, at netop svage anbefalinger kan være vanskelige at implementere (202).

Både NKR og forløbspakker udarbejdes uden kobling til økonomi. Evidensgrundlaget for NKR fokuserer alene på klinisk effektivitet og tager ikke hensyn til de økonomiske omkostninger ved at følge anbefalingerne, herunder om anbefalingerne er omkostningseffektive. Den manglende kobling til økonomi er i særlig grad en udfordring, når implementering af anbefalinger indebærer øgede udgifter. Et eksempel er NKR for fedmekirurgi, hvor det har været nødvendigt at udarbejde en ny visitationsretningslinje, der skal sikre, at antallet af og dermed udgifterne til fedmeoperationer holdes i ro, samtidig med at den nye NKR udvider kriterierne for, hvornår patienter kan tilbydes en fedmeoperation. Samtidig er forløbspakkerne ikke nødvendigvis udtryk for optimal kapacitetsudnyttelse og kan potentielt medføre, at en for stor andel af ressourcerne i sundhedsvæsenet går til patienter omfattet af pakkeforløb i forhold til, hvad der er optimalt i et samfundsmæssigt perspektiv. Flere hospitalsansatte problematiserer graden af prioritering af kræftpatienter, særligt hvor koblingen mellem udrednings-/behandlingstid og overlevelse ikke er så stærk (246). Den massive fokusering på kræft- og hjertepatienter kan indebære øget ventetid for ikke-akutte patienter, som ikke er omfattet af pakkeforløb eller retten til udredning/behandling inden for 30 dage. Det øger risikoen for, at fx praktiserende læger henviser for mange patienter til pakkeforløb, fordi de har svært ved at få patienterne udredt på anden måde. Monitoreringen af kræftpakkerne viser, at størstedelen af de patienter, som henvises til pakkerne, viser sig ikke at have kræft (222, 223). Det er ikke nødvendigvis udtryk for, at nogle af disse patienter ikke burde have været henvist til pakkeforløb, men medvirker til at presse kapaciteten.

Implementeringen af både NKR og forløbspakker understøttes ikke af økonomiske incitamenter i modsætning til fx anbefalinger fra Medicinrådet. Hvis Medicinrådet anbefaler, at et lægemiddel an-

vendes til standardbehandling, betyder det som udgangspunkt, at lægemidlet er umiddelbart tilgængeligt på de behandlende sygehusafdelinger, og at udgifterne hertil refunderes af regionen²⁹. Udvalgte anbefalinger fra det engelske NICE understøttes også af økonomiske incitamenter, og en opgørelse viste for nylig negativ effekt af at fjerne det økonomiske incitament til målopfyldelse (244).

Opsummerende vurdering af nationale kliniske retningslinjer (NKR) og forløbspakker

Klart formål: NKR og forløbspakker anvendes i dag med det klare formål at understøtte kvaliteten i det danske sundhedsvæsen og for forløbspakker også at øge sammenhængen. NKR og forløbspakker vedrører standardforløb og kan potentielt påvirke kvaliteten af behandlingen for patienter, som ikke er omfattet, i negativ retning ved at kanalisere ressourcer til patienter, som er omfattet. Hensyn til økonomi, herunder budgetoverholdelse og omkostningseffektivitet, inddrages ikke.

Effekter: Det er det endnu for tidligt at vurdere effekterne af NKR, men der er forholdsvis god dokumentation for, at kræftpakkerne bliver fulgt og har opfyldt deres formål i forhold til at reducere den gennemsnitlige udrednings-/behandlingstid. Størstedelen af de patienter, som henvises til kræftpakkerne, viser sig ikke at have kræft, hvilket presser kapaciteten. Monitoreringen af kræftpakkerne kan skabe et for entydigt fokus på at overholde standardforløbstiden frem for at tilrettelægge mere individuelt tilpassede forløb.

Samspelet med øvrige styringsinstrumenter i sundhedsvæsenet: Ved ikke at tage hensyn til økonomi er der risiko for, at NKR og forløbspakker indeholder anbefalinger, der er i modstrid med andre styringshensyn, fx budgetoverholdelse og omkostningseffektivitet. Samtidig kan andre styringsinstrumenter potentielt være en barriere for implementeringen af faglige anbefalinger i NKR og forløbspakker, hvis anbefalingerne indebærer ekstra ressourceforbrug, som ikke indgår i opgørelsen af de økonomiske rammer eller produktivitet mv. Det er ikke givet, at patienterne er tilfredse med den behandling, som anvises i NKR og forløbspakker.

National styring og lokal tilpasning: NKR og forløbspakker levner pr. definition ringe plads til lokale hensyn, da hensigten er at sikre en ensartet behandling. Sondringen mellem stærke og svage anbefalinger i NKR giver dog plads til lokal tilpasning.

Kræver styringsinstrumentets effektivitet understøttelse af data? Uden monitorering er det vanskeligt at vurdere, i hvilket omfang kliniske retningslinjer og standarder følges. Antal registrerede pakkeforløb og overholdelsen af standard forløbstider monitoreres aktuelt af Sundhedsstyrelsen, men ikke det sundhedsfaglige indhold i pakkerne, og der er ingen systematisk monitorering af NKR. Systematisk monitorering kræver, at det er muligt at opstille målbare og valide indikatorer, herunder adgang til administrative data og ensartet registreringspraksis.

Understøtter instrumentet en enkel og gennemskuelig styring centralt såvel som decentralt? NKR og forløbspakker er udtryk for klare styringsprioriteringer, om end svage NKR-anbefalinger lægger op til decentral behandlingsvurdering.

²⁹ I princippet kan produkter, der ikke er anbefalet som standardbehandling, godt ordineres, da læger har fri ordinationsret, men rutinemæssig brug af disse produkter understøttes ikke økonomisk.

8 Hurtig udredning, frit valg og udvidet frit valg

Af Terkel Christiansen og Karsten Vrangbæk

Alle patienter henvist til udredning på et sygehus har ret til udredning inden for 30 dage. Kan regionen ikke selv udrede patienten inden for 30 dage på grund af manglende kapacitet, skal regionen afsøge andre regionssygehuse og private leverandører gennem egne aftaler eller Danske Regioners centrale aftaler (aftalesygehuse). Frit sygehusvalg betyder, at borgerne ved henvisning selv kan vælge, hvor de vil udredes eller behandles blandt offentlige sygehuse samt private forenings-ejede sygehuse eller klinikker nævnt i sundhedsloven (§ 79 stk. 2). Borgeren kan endvidere benytte private sygehuse og klinikker, hvis bopælsregionen har valgt at indgå aftale med disse (samarbejds-sygehuse). Det udvidede frie valg betyder, at borgeren kan vælge udredning eller behandling på en række private sygehuse eller klinikker, som Danske Regioner centralt har indgået aftale med (aftalesygehuse). Det udvidede frie sygehusvalg træder i kraft, hvis regionen ikke inden en tidsfrist, der følger af lovgivningen, kan tilbyde udredning eller behandling på egne sygehuse eller samarbejds-sygehuse.

Som det fungerer i dag (253), indeholder sundhedsloven tre sidestillede rettigheder: retten til hurtig udredning, retten til frit sygehusvalg og retten til udvidet frit sygehusvalg.

Nedenstående boks giver et overblik over de centrale aspekter ved de tre ordninger, mens der i de følgende afsnit gives en mere detaljeret beskrivelse af de tre styringsinstrumenter.

Centrale aspekter i forhold til hurtig udredning, frit valg og udvidet frit valg som styringsinstrumenter

Definition

Regelsættet om ret til hurtig udredning, frit og udvidet frit sygehusvalg indeholder tre sidestillede rettigheder, retten til hurtig udredning inden for 30 dage, retten til frit sygehusvalg blandt regionale sygehuse og endelig retten til udvidet frit sygehusvalg, dvs. til at vælge private leverandører, hvis ventetiden er mere end 30 dage.

Ret til hurtig udredning betyder, at borgere, som er henvist til udredning, skal udredes inden en tidsfrist på 30 dage, hvis det er fagligt muligt. Regionen har forpligtigelsen, og kan det ikke ske på regionens egne sygehuse, skal den afsøge andre regioners sygehuse og private sygehuse, som de selv har indgået aftale med (samarbejds-sygehuse), eller som Danske Regioner har indgået aftale med (aftalesygehuse).

Frit sygehusvalg betyder, at borgerne selv kan vælge, hvilket offentligt sygehus, enkelte private special-sygehuse, klinikker og hospices de vil udredes eller behandles på, med den begrænsning der følger af den aktuelle lovgivning. Regionen kan vælge at lade det frie valg omfatte private sygehuse eller klinikker, som de har indgået aftale med (samarbejds-sygehuse).

Udvidet frit sygehusvalg træder i kraft, hvis regionen ikke inden en tidsfrist på 30 dage, der følger af lovgivningen, kan tilbyde udredning eller behandling på egne sygehuse eller samarbejds-sygehuse. Det udvidede frie valg vedrører alene private sygehuse eller klinikker, som Danske Regioner har indgået aftale med (aftalesygehuse).

Formål

Formålet med ret til hurtig udredning er at sikre hurtig udredning og anvendelse af andre regioners sygehuse og private sygehuse ved kapacitetsproblemer. Formålet med det frie sygehusvalg er at sikre valgfrihed. Formålet med det udvidede frie sygehusvalg er at skabe yderligere valgfrihed og inkludere privatkapacitet for at reducere lange ventetider. Et overordnet formål er at give de udførende regionale afdelinger tilskyndelse til at afkorte ventetiderne, da de mister patienter, og regionerne (som driftsherrer) en økonomisk tilskyndelse, da de betaler for anvendelsen af andre leverandører.

Centrale aspekter i forhold til hurtig udredning, frit valg og udvidet frit valg som styringsinstrumenter
<i>Styringsinstrumenttype</i>
Patientrettigheder og markedsafledt konkurrence.
<i>Centrale hensyn, der understøttes</i>
Valgfrihed og fleksibilitet for den enkelte patient; opfyldelse af patientrettigheder, herunder udrednings- og mulighed for hurtigere behandling; kapacitetsudnyttelse og fleksibilitet.
<i>Baggrund for indførelsen</i>
<p>Formålet med <u>ret til hurtig udredning</u>, der blev indført i 2013, er at sikre, at patienter henvist til udredning på sygehuse bliver udredt inden for 30 dage, hvor det er fagligt muligt. Såfremt bopælsregionen ikke selv kan udrede inden for 30 dage, er den forpligtiget til at afsøge andre regioners og privathospitals mulighed for at gøre det. Fra national side ønskede man således at give regionerne økonomisk og lovgivningsmæssig forpligtelse til at udrede hurtigt.</p> <p><u>Det frie sygehusvalg</u> blev lovfæstet fra 1993 (254). Formålet var at imødekomme ønsker om større fleksibilitet for den enkelte patient samt at tilskynde til bedre kapacitetsudnyttelse og kortere ventetider. Samtidig ønskedes det at skabe konkurrencelignende vilkår baseret på patienternes mulighed for at vælge behandlingssted.</p> <p>Formålet med <u>det udvidede frie sygehusvalg</u>, der blev indført i 2002, var at skabe yderligere reduktion i ventetider ved at sætte grænser for maksimal ventetid samt at give adgang til private behandlingssteder, såfremt regionerne ikke kunne overholde fristerne. Man ønskede fra national side at give regionerne økonomiske og lovgivningsmæssige tilskyndelser til at reducere ventetiderne. Endelig var der et politisk ønske om at fremme den private behandlingssektor.</p>
<i>Tilpasninger</i>
Alle tre instrumenter er justeret adskillige gange undervejs. For ret til hurtig udredning er informationsforpligtigelserne og monitoreringen indskærpet. I forhold til frit sygehusvalg har det især handlet om at præcisere informationstilgængelighed og -pligt. For udvidet frit sygehusvalg er der undervejs justeret i tidsfristerne, som i øjeblikket er 30 dage for udredning eller behandling. Endelig har regionerne gennem forhandling reduceret aftaletaksterne løbende og anvender desuden i større grad udbud for at reducere omkostningerne yderligere.
<i>Anvendelse i dag</i>
<p>Ordnningen anvendes i sig selv lidt (under 1 % af alle henviste). Det hænger bl.a. sammen med patientpræferencer for nærhed, samt at der i dag er relativt korte ventetider i regionerne. Sidstnævnte skyldes en fokuseret indsats i regionerne for at holde sig inden for de nationalt bestemte tidsfrister.</p> <p>Antallet af patienter, som regionerne ikke kan udrede eller behandle inden for 30 dage, og som derfor har været på privathospital, har i 2015 og 2016 ligget på mellem 120-130.000 unikke patienter. Dette er en relativt lille andel af patienterne, som er henvist til sygehuse, uden det har været akut.</p>
<i>Dokumenteret effekt</i>
<p>De tre instrumenter indebærer en formel styrkelse af patienternes rettigheder. I praksis er der dog visse barrierer, bl.a. i form af kompleksiteten af rettighederne i mødet med klinikken, hvilket har vanskeliggjort administrationen og kommunikationen omkring rettighederne. Endvidere gælder det ofte, at hvis der er kapacitetsmæssige udfordringer på regionale afdelinger, så er det tilfældet på tværs af alle offentlige og private sygehuse.</p> <p>De tre ordninger har – sammen med andre styringstiltag – medvirket til at sætte fokus på ventetider, som har været faldende frem til 2016 til nogle af Europas laveste. Tilsvarende har der været en relativt høj grad af overholdelse af udredningsretten indtil 3. kvartal 2017, hvor specielt Region Hovedstadens udfordring med Sundhedsplatformen har haft stor indflydelse. Disse effekter kan dog ikke alene tilskrives de tre ordninger.</p> <p>De økonomiske effekter af styringsinstrumenterne er uklare, og der mangler grundige undersøgelser af de samfundsmæssige omkostninger og gevinster ved de tre instrumenter.</p>

Centrale aspekter i forhold til hurtig udredning, frit valg og udvidet frit valg som styringsinstrumenter

Implikationer for regionernes styring

Reglerne om frit valg og udvidet frit valg og ret til hurtig udredning sætter en national ramme for regionernes serviceniveau. Regionerne kan vælge, hvordan de vil sikre kapaciteten til at overholde rettighederne. De kan udbygge egen behandlingskapacitet, gennemføre udbud eller indgå aftaler med andre offentlige eller private leverandører. Danske Regioner er derimod forpligtiget til at indgå aftale med alle kvalificerede private leverandører, der ønsker det – hvad enten det er til behandling, som der er lange ventelister på, eller områder, hvor der ikke er ventelister.

Hvis regionerne ikke sikrer kapaciteten internt, risikerer de, at patienterne forsvinder ud af regionerne, hvor de ofte skal betale en højere takst end deres marginale omkostning ved ekstra ydelser. De står derfor over for en økonomisk balancegang, hvor regionen skal bære risici ved en national patientrettighed inden for et fast rammebudget. I politiske termer kan man dermed sige, at den nationale styring via relativt faste rettigheder strider mod principperne om decentral prioritering og lokal tilpasning af behandlingsindsatsen.

Det styringsmæssige fokus på ventetider kan lede til uhensigtsmæssige prioriteringer i regionerne. I de tilfælde, hvor ventetidsgrænserne ikke er lægefagligt begrundede, kan det føre til suboptimal ressourceanvendelse og dermed et lavere samfundsmæssigt udbytte. Ændrede prioriteringer som følge af patientrettighederne kan også medføre øget ulighed i ressourcefordelingen på tværs af patientgrupper.

Den øgede valgfrihed kan komme i konflikt med ambitionen om sammenhængende patientforløb. Hvis patienter af den ene eller anden grund vælger delvis eller hel udredning eller behandling i andre regioner eller på private sygehuse, kan det være sværere at sikre informationsdeling og koordination af indsatsen.

Muligheden for fravalg af regionale sygehuse giver regionerne en tilskyndelse til at koordinere ibrugtagning af ny teknologi.

Fordele

Fordele ved det frie sygehusvalg knytter sig primært til den øgede valgfrihed, som har givet patienterne mulighed for at søge behandlingstilbud på sygehuse i andre regioner. I styringsmæssig henseende kan ordningen bidrage til bedre kapacitetsudnyttelse og reducerede ventetider, hvis patienterne søger steder med korteste ventetider og ikke de meste berømte afdelinger.

Frit sygehusvalg tilskynder sygehuse og regioner til en øget bevidsthed om risikoen for at miste patienter, hvis kvalitet eller omdømme er for ringe.

Fordele ved det udvidede frie sygehusvalg samt ret til hurtig udredning knytter sig særligt til de relativt præcise tidsfrister for udredning og behandling. Selvom disse frister ikke nødvendigvis er klinisk velbegrundede, sikrer de en relativt hurtig udredning og behandling. Sammen med andre tiltag har dette fokus på hurtig udredning og behandling været med til at fremme brugen af systematiske planer for udredning og behandling (s. 26 i (255)).

En vigtig styringsmæssig fordel ved instrumentet er, at det sender klare signaler til regionerne om at fokusere på ventetider og patientrettigheder knyttet hertil, samt at dette understøttes af økonomiske incitamenter.

For regionerne er de økonomiske og styringsmæssige fordele ved ret til hurtig udredning og udvidet frit sygehusvalg afhængig af kapacitet og taksterne for betaling til private sygehuse. Hvis taksterne ligger under den marginale omkostning på de offentlige sygehuse, kan der være økonomiske fordele for regionerne ved at benytte private sygehuse som buffer til at afkorte ventetider på offentlige sygehuse. Muligheden for at gennemføre udbud kan i en del tilfælde reducere omkostningerne og har dermed øget de potentielle fordele ved at benytte private leverandører for at leve op til tidsfristerne.

Centrale aspekter i forhold til hurtig udredning, frit valg og udvidet frit valg som styringsinstrumenter

Ulemper

De væsentligste ulemper knyttet til det almindelige frie sygehusvalg er det potentielle tidsforbrug til at informere om ordningen og de administrative omkostninger forbundet med forvaltningen heraf. Endvidere er det en potentiel ulempe, at ordningen introducerer en budgetmæssig usikkerhed for regionerne.

Tidsfristen på 30 dage for henholdsvis udredning og behandling kan betyde en indskrænkning i den kliniske prioritering, hvorved mindre presserende tilfælde på grund af tidsrammen må behandles før mere presserende tilfælde. Håndfaste krav om korte ventetider, som ikke er lægefagligt begrundede, kan dermed føre til suboptimal ressourceanvendelse samt ulighed på tværs af patientgrupper.

Ret til udredning kan skabe konflikt med hensynet til sammenhængende patientforløb. Nogle patienter påbegynder udredningen på ét sygehus, afslutter udredningen på et andet og behandles på et tredje. Overgangene mellem sygehuse kan give koordineringsudfordringer. Dette kan forstærkes af patientens ret til at vælge enkelte undersøgelser hos en konkurrerende leverandør i et længere udredningsforløb.

Ovennævnte økonomiske fordele ved brugen af private sygehuse skal holdes op mod en række omkostninger forbundet med opretholdelse af basiskapacitet, akutberedskab, forskning og uddannelse på offentlige sygehuse; administrationen ved at indgå og vedligeholde aftaler med de private leverandører; udformning af udbud, hvor ingen eller en privat byder, og som annulleres, samt potentielle udfordringer forbundet med efterbehandling af komplikationer og utilsigtede hændelser på private sygehuse som følge af, at de private leverandører ikke selv kan håndtere dem. Endelig kan brugen af private sygehuse give en utilsigtet omkostningsforøgelse pr. patient på offentlige sygehuse, hvis der sker en differentiering – det kunne være som følge af specialevejledningens opdeling eller specielle tilfælde, som er for komplicerede for de private leverandører, så det er de letteste patienter, som henvises til privat behandling, mens de mest komplekse og behandlingskrævende patienter forbliver på de offentlige sygehuse.

8.1 Formålet med frit valg, udvidet frit valg og ret til hurtig udredning

Ret til hurtig udredning – indført i 2013 – har til formål at skabe yderligere pres på regionerne i forhold til, at udredningen skal ske inden for 30 dage, og lægger samtidig ansvaret for at finde andre udredningssteder, hvis ventetiden er for lang, over på regionerne. Ret til hurtig udredning giver regionerne ansvar for at finde et sted, hvor patienten kan udredes inden for 30 dage – offentligt eller privat – hvis det er fagligt muligt. Ordningen giver altså regionerne og de udførende enheder yderligere økonomiske tilskyndelser til at afkorte ventetiderne.

Det frie sygehusvalg har til formål at tilgodese patienternes ønsker om behandlingssted samt at fremme en bedre udnyttelse af den eksisterende kapacitet i det offentlige sygehusvæsen (254). Samtidig ytredes i den politiske debat et ønske om at skabe konkurrencelignende vilkår baseret på patienternes mulighed for at vælge behandlingssted (256).

Formålet med det udvidede frie sygehusvalg, der blev indført i 2002, er at skabe yderligere pres på regionerne (amterne før 2007) for at reducere lange ventetider. I forhold til frit valg giver det udvidede frie valg den enkelte patient en rettighed til at vælge behandling på et privat hospital eller klinik, inkl. udenlandske sygehuse, som Danske Regioner har indgået aftale med, såfremt regionerne ikke kan tilbyde behandling inden for den fastsatte tidsfrist. Dermed giver ordningen også regionerne og de udførende enheder økonomisk tilskyndelse til at afkorte ventetiderne (257).

8.2 Baggrunden for frit valg, udvidet frit valg og ret til hurtig udredning

Det oprindelige formål med at give patienterne en valgmulighed var at tilgodese patienternes ønsker om at benytte et lokalt sygehus, selvom det var beliggende uden for hjemamtet (258).

Siden slutningen af 1980'erne steg ventelisterne på grund af øgede behandlingsmuligheder, og ventetider blev ofte diskuteret i medierne. Kombineret med stram økonomi og en fokusering på bedre udnyttelse af den eksisterende kapacitet gav valgfrihed mening. Dette kombineret med større hensyn til patienters rettigheder førte til fastsættelse af en bestemmelse i den daværende sygehuslov om friere sygehusvalg (254). Med bestemmelsen får borgerne mulighed for at vælge mellem alle offentlige sygehuse og udvalgte private sygehuse fra 1993.

I 1994 indførtes en lov om forsøgsordning, hvorefter ministeren kunne fastsætte regler, der sikrer, at patienter, der er henvist til bestemte operationer på offentlige sygehuse, tilbydes operation inden for en samlet ventetid på højst 3 måneder (259). Denne ordning udviklede sig gennem en række efterfølgende lovændringer til reglerne om udvidet frit sygehusvalg, som blev vedtaget i 2002. Med denne lovgivning blev forsøgsordningens princip udvidet til alle behandlinger og koblet sammen med retten til at søge behandling på en bredere kreds af private sygehuse og sygehuse i udlandet. Man ønskede fra national side at give økonomiske og lovgivningsmæssige tilskyndelser til at reducere ventetiderne. Endelig var der et politisk ønske om at fremme den private behandlingssektor.

Efterfølgende er ventetiden (med en enkelt undtagelse) blevet afkortet; patienters rettigheder er styrket, og sygehuse er pålagt en pligt til at informere patienterne om valgmuligheder, når tidsfrister ikke kan overholdes. Disse ændringer kan ses som udtryk for et hensyn til, at patienter ikke skal have meget lange ventetider og som en intention om at lægge et økonomisk pres på regionerne for at afkorte ventetiderne.

Et centralt hensyn ifølge lovgrundlaget er hensynet til patienternes ønsker. I forbindelse med indførelse af samme rettigheder for alle uanset lidelsens alvorlighed (bortset fra visse hjerte- og kræftsygdomme, der har skarpere tidsfrister) nævnes patienternes rettigheder, hvilket må fortolkes som samme adgang til behandling – uanset alvorlighed eller om det drejer sig om en somatisk eller psykisk lidelse (260).

Samtidig nævnes hensynet til udnyttelse af ledig kapacitet. Tankegangen er her, at frit sygehusvalg kan give patienter et incitament til at søge til offentlige sygehuse med ledig kapacitet for herved at reducere ventetiden på udredning eller behandling. Omvendt forholder rettigheden sig ikke til, hvis patienter koncentrerer sig om en bestemt afdeling, som har et godt ry.

Set fra regionernes side kan brug af private sygehuse medvirke til at sænke omkostningerne i tilfælde, hvor alternativet har været at udbygge kapaciteten til en højere omkostning end taksten, som privatsygehuset afregnes med. Private sygehuse kan ligeledes bruges som bufferkapacitet.

Frit sygehusvalg er primært et styringsinstrument, som styrker patienternes rettigheder til at vælge sygehus. Truslen om at blive fravalgt kan give tilskyndelse til at øge serviceniveauet og kvaliteten i de regionale sygehussystemer.

Ret til hurtig udredning består dels af et regelsæt, som etablerer rettigheder til afslutning inden for en given tidsfrist, dels pålægger regionerne en undersøgende rolle for patienten, dels økonomiske incitamenter. Det udvidede frie sygehusvalg består af et regelsæt, som etablerer rettigheder til adgang inden for en given tidsfrist, og af økonomiske incitamenter. I det følgende redegøres der separat for de to elementer i det følgende.

8.2.1 Regelsæt

Regelsættet vedrørende ret til hurtig udredning pålægger regionen at finde et tilbud til patienten, så denne altid kan udredes inden for 30 dage.

Regelsættet for det frie sygehusvalg regulerer adgangen til at vælge at benytte et andet offentligt og nogle foreningsejede private sygehuse.

Regelsættet for det udvidede frie sygehusvalg regulerer adgangen til at vælge et privat alternativ til udredning og/eller behandling på offentlige sygehuse, hvis patienten skal vente mere end 30 dage.

Når en patient er henvist til udredning på sygehus, vil bopælsregionen kunne benytte eget sygehusvæsen, andre regioners sygehuse eller et sygehus, hvor regionen selv eller Danske Regioner har indgået aftale (jf. § 82b). Hvis det ikke er muligt at overholde tidsfristen på udredning inden for 1 måned, skal regionen udarbejde en plan for det videre udredningsforløb og samtidig sikre et tilbud om hurtigst mulige udredning (jf. § 82b). Dette betyder også, at forløbet kan komme til at ligge senere end 30 dage efter henvisningen, hvorfor patienten kan benytte det udvidede frie sygehusvalg for de dele af udredningsforløbet, som forlænges af kapacitetsmæssige årsager eller til hele udredningsforløbet.

Tilsvarende er der for patienter, der er udredt til behandling, ret til hurtig behandling (frit sygehusvalg) og ret til udvidet frit sygehusvalg (jf. § 87, stk. 2) uanset bopælsregionens tilbud og kriterier for behandling. Det udvidede frie valg gælder således, uanset om en bopælsregion sætter begrænsninger for dets behandlingstilbud. I praksis betyder det, at de enkelte regioner har tilskyndelse til at give ens tilbud. Vælger patienten at benytte sin ret til frit sygehusvalg, kan det ophæve forpligtelsen til at udrede inden for 30 dage.

For patienter med kræftsygdomme og visse tilstande ved iskæmisk hjertesygdom gælder der kortere maksimale venteregler. Ved mistanke om kræft er den maksimale ventetid 14 kalenderdage fra den dato, hvor sygehuset har modtaget henvisning til forundersøgelse, til den dato sygehuset har tilbudt at påbegynde udredning. Ligeledes er den maksimale ventetid til behandling 14 dage fra den dato, hvor patienten har givet samtykke til behandling (jf. § 2). For visse tilstande ved iskæmiske sygdomme gælder der ligeledes kortere maksimale ventetider til behandling afhængig af tilstandens type, henholdsvis 10, 14 og 21 dage (§ 3) (261).

8.2.2 Økonomiske incitament

Frit sygehusvalg indeholder også økonomiske incitament, idet en region er forpligtet til at betale for dens borgeres behandling, hvis patienten benytter et offentligt sygehus i en anden region end bopælsregionen, eller eventuelt et privat sygehus (samarbejdssygehus). Denne betaling er som hovedregel knyttet til DRG-taksten. Da gennemsnitsomkostningerne typisk er højere end marginalomkostningerne (ved behandling i bopælsregionen), har regionerne et incitament til at holde patientbehandlingen på regionens egne sygehuse. Sygehuse udsættes således for en potentiel konkurrence gennem borgernes valgmuligheder.

De samme økonomiske incitament gælder for udvidet frit sygehusvalg og ret til hurtig udredning, dog er betalingen til privathospitalerne her en anden. De takster, hvormed regionerne betaler for ydelser på private aftalesygehuse under det udvidede frie sygehusvalg, benævnes DUF-takster (det udvidede frie sygehusvalg-takster). Disse takster forhandles centralt mellem Sundhed Danmark – Foreningen af danske sundhedsvirksomheder og Danske Regioner. De enkelte regioner forhandler direkte eller gennem udbud selv takster med private leverandører i forbindelse med samarbejdsaftaler, se kapitel 9 for nærmere beskrivelse heraf. De forhandlede DUF-takster ligger typisk under DRG-taksterne, da de private hospitaler ikke er forpligtiget til bl.a. uddannelse, forskning og akutfunktioner, som indgår i DRG-taksterne.

2013	Regionerne får en forpligtigelse, og patienterne får en ret til at udredningen skal være afsluttet inden for 1 måned, medmindre der er faglig begrundelse for, at det tager længere tid. Differentieret ret til udvidet sygehusvalg på private aftalesygehuse efter 1 måned ved alvorlige sygdomme og efter 2 måneder ved mindre alvorlige sygdomme. De psykiatriske specialer ligestilles med de somatiske, og lovgivningen får samme ordlyd.
2016	Den differentierede ret fjernes, og 1 måned genindføres i det udvidede frie sygehusvalg (jf. redegørelsen i afsnittet om styringsinstrumenttype ovenfor). Lovændringen vedrører ikke patienter, som er omfattet af hjerte- og kræftpakker, som er sikret et kortere forløb (260).

Udviklingen i den nationale lovgivning om frit valg har været parallel med styrkelsen af frit valg på tværs af nationale grænser inden for den Europæiske Union. I første omgang var dette drevet af domme fra den Europæiske Domstol, men med EU's direktiv om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelse fra 2011 blev domstolsafgørelserne indarbejdet i et politisk vedtaget direktiv (267). Den danske regering har i sin implementering af direktivet peget på reglerne om adgang til private og udenlandske sygehuse som følge af det udvidede frie sygehusvalg.

8.3 Anvendelsen af frit valg, udvidet frit valg og retten til hurtig udredning i dag

Ifølge sundhedsloven yder regionerne sygehuse ved egne sygehuse, andre regioners sygehuse eller en række specialsygehuse, som er nævnt i sundhedslovens § 79, stk. 2, og som Danske Regioner har indgået aftale med (§ 87-aftalesygehuse). Endvidere kan de enkelte regioner indgå kontrakter med private sygehuse eller klinikker om specifikke ydelser (§ 75-samarbejdssygehuse) i forbindelse med et udbud eller benyttelse af en offentlig-privat partnerskabsmodel. Disse kontrakter fungerer som et alternativ til behandling via det udvidede frie sygehusvalg, hvis samarbejdssygehuset kan forestå behandlingen inden for 30 dage. Regionernes primære formål med sådanne aftaler har været at afbøde manglende kapacitet på egne sygehuse eller at skabe en bufferkapacitet. Et andet formål har været forventningen om økonomiske besparelser ved konkurrenceudsættelse i forbindelse med aftalerne (268). Ud over udbudsaftaler kan regionerne gennemføre andre initiativer i eget regi, som fx at oprette garantiklinikker med fleksibel bemanding for at afbøde midlertidig manglende kapacitet til overholdelse af tidsfrister for udredning og behandling.

En persons valgfrihed i medfør af det udvidede frie sygehusvalg gælder uanset bopælsregionens behandlingstilbud, hvis det ligger ud over 30 dage, jf. § 87. En persons valgfrihed medfører, at det frie sygehusvalg gælder uanset bopælsregionens behandlingstilbud og kriterier for sygehusbehandling i sit sygehusvæsen ifølge § 86. Det betyder, at begrænsninger i en regions tilbud ikke hindrer udøvelsen af det frie valg. Frit og udvidet frit valg medfører et incitament for regionerne til at koordinere deres behandlingstilbud og holde tilbuddene under 30 dage for at mindske eventuelle forskelle mellem regionerne, som kan få patienterne til at flytte sig i større mængder med deraf følgende økonomiske udgifter.

8.3.1 Patientvandring og anvendelse af frit valg

Tabel 8.2 viser at omkring 175.000 patienter i 2016 blev behandlet på offentlige sygehuse uden for bopælsamtet. Dette udgjorde omtrent 6 % af alle somatiske patienter behandlet på offentlige sygehuse i 2016. Region Sjælland afgav det største antal patienter efterfulgt af Region Midtjylland. Region Hovedstaden modtog det største antal patienter udefra efterfulgt af Region Syddanmark og

Region Midtjylland. Den største vandring fandt sted fra Region Sjælland til Region Hovedstaden efterfulgt af vandring fra Region Midtjylland til Region Syddanmark.

Tabel 8.2 Patientvandring, 2016

Bopælsregion	Behandlerregion					
	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland	I alt
Nordjylland	x	18.134	2.330	12.537	337	23.338
Midtjylland	5.743	x	27.900	5.353	784	39.780
Syddanmark	1.046	15.147	x	7.610	1.367	25.170
Hovedstaden	1.152	3.068	5.103	x	13.649	22.972
Sjælland	415	1.521	5.820	55.804	x	63.560
I alt	8.356	37.870	41.153	71.304	16.137	174.820

Anm.: Tallene omfatter udelukkende offentlige sygehuse og omfatter alle tre funktionsniveauer, dvs. hoved- og regions-funktionsniveau samt højt specialiseret funktionsniveau.

Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) 2016 opgjort 10. marts 2017 med undtagelse af enheder i Region Hovedstaden berørt af implementering af Sundhedsplatformen i 2016, hvor data er opdateret 10. juni 2017, Sundhedsdatastyrelsen.

Tabellen indeholder alle typer patientvandring inkl. patienter, som er henvist til behandling på højt-specialiserede afdelinger eller som følge af bilaterale aftaler. Hvor mange patienter, der anvender det frie valg inden for bopælsregionen, vides ikke. Det skal i denne sammenhæng understreges, at patienter ikke kun benytter det frie valg til at benytte sygehuse i andre regioner, men også benytter det frie valg internt i regionen. Det samlede antal af patienter, som benytter det frie sygehusvalg, er dermed ukendt.

Tabel 8.3 viser antallet af patienter, som er registreret til have benyttet det udvidede frie sygehusvalg (DUF) til udredning eller behandling på private sygehuse i årene 2009-2016, samt det totale antal patienter, som udredes eller behandles på private sygehuse betalt af det offentlige i samme periode.

Tabel 8.3 Patienter på offentlige somatiske sygehuse og private sygehuse (offentligt betalte) 2009-16

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Patienter offentlige somatiske sygehuse	2.452.000	2.472.000	2.487.000	2.497.000	2.527.000	2.648.000	2.679.000	2.715.000
Patienter registreret i LPR under DUF	58.707	98.723	77.893	65.749	59.297	64.565	69.252	74.662
<i>I procent af alle offentlige patienter</i>	2 %	4 %	3 %	3 %	2 %	2 %	3 %	3 %
Patienter private sygehuse offentligt betalt (i alt)	111.434	116.228	102.457	95.878	96.661	111.162	135.748	128.699
<i>I procent af alle offentlige patienter</i>	5 %	5 %	4 %	4 %	4 %	4 %	5 %	5 %

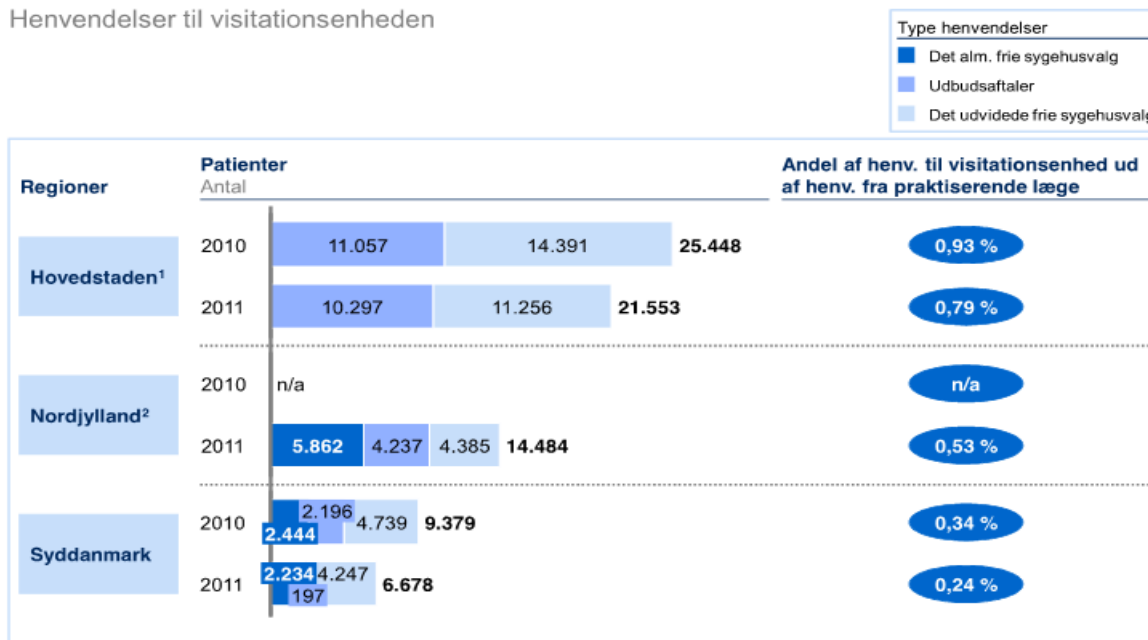
Kilde: Egne beregninger baseret på Sundhedsdatastyrelsen: Nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2016.

Tabel 8.3 viser, at DUF-patienter registreret i LPR procentvis udgør omkring 3 % af alle offentlige patienter, mens alle offentlige patienter på private sygehuse (inkl. aftalepatienter og patienter på foreningsejede sygehuse) udgør 4-5 % af patienttallet på offentlige sygehuse. Dette billede kan suppleres med tal fra en analyse af henvendelser til visitationsenheder (dvs. enheder, som varetager

information og formidling af patienter til udvidet frit valg samt ret til hurtig udredning på privathospitalet i tre regioner fra 2013, jf. Figur 8.1. Heri anføres, at det er relativt få patienter (mindre end 1 % af alle henviste fra alment praktiserende læge), der vælger at benytte sig af det udvidede frie sygehusvalg, hvis deres egen region ikke kan tilbyde udredning eller behandling inden for 30 dage (269).

Figur 8.1 Andelen af patienter der vælger at kontakte visitationsenheder

Henvendelser til visitationsenheden

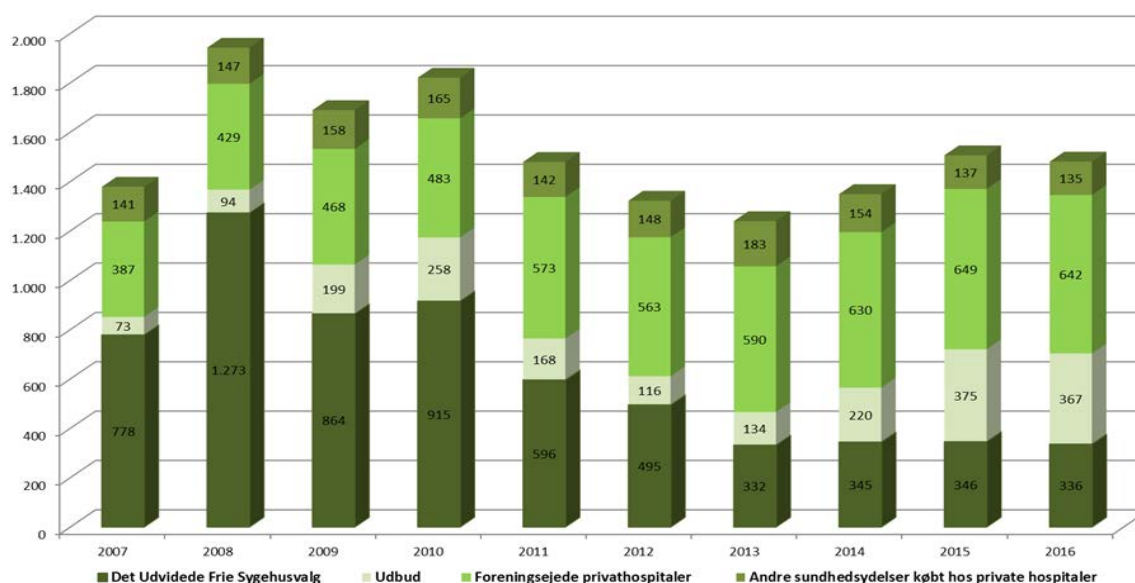


Note: ¹Tal for det almindelige frie sygehusvalg opgøres ikke i Region Hovedstaden, ²Visitationsenheden i Region Nordjylland blev oprettet pr. 1. januar 2011

Kilde: (269).

Det offentlige udgifter til benyttelse af privatsygehuse ses i hovedtræk at have været faldende i perioden fra 2008 til 2013, mens det har været en stigning i fra 2013 til 2016, jf. Figur 8.2. Den vigtigste årsag til de faldende udgifter har været faldet i benyttelsen af det udvidede frie sygehusvalg. Stigningen 2013-2016 ses som følge af indførelsen af ret til hurtig udredning, og udgifterne skyldes især stigende udgifter til udbudsaftaler.

Figur 8.2 Regionernes omkostninger til privathospitaler og klinikker i mio. kr., 2007-2016



Kilde: Figur leveret af Danske Regioner indsamlet fra regionernes regnskaber.

Regionerne er pålagt en informationspligt for at sikre, at patienterne hurtigt får information om deres konkrete udrednings- og behandlingsforløb, som fx undersøgelses- og behandlingstidspunkt, og om deres muligheder for at benytte det frie og udvidede frie sygehusvalg og ret til hurtig udredning. Derfor skal regionen inden for otte dage efter modtagelse af en henvisning informere patienterne om deres rettigheder i forbindelse med udredning og behandling og adgangen til frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg og ret til hurtig udredning (270). For at sikre ensartethed og visse hensyn til indhold og udformning, fastsætter Sundheds- og Ældreministeriet retningslinjer herfor. På sundhedsportalen www.sundhed.dk findes oplysninger til borgerne om frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg og ret til hurtig udredning. Ligeledes findes der information til borgerne på portalen www.borger.dk. Desuden har Sundheds- og Ældreministeriet udsendt en vejledning til såvel fagprofessionelle som borgere (271). Endvidere kan borgere og professionelle på mit sygehusvalg, se <https://www.mitsygehusvalg.dk/>, sammenligne sygehuse i Danmark ud fra fx ventetider og patienttilfredshed. Det kan hjælpe borgere, som vil benytte sig af frit valg eller udvidet frit valg, til selv at finde udrednings- eller behandlingssted.

8.4 Effekt og resultat af frit valg, udvidet frit valg og retten til hurtig udredning

I det følgende præsenteres effektanalyser i forhold til ventetider/patienttilfredshed samt økonomi og styring. Det skal bemærkes, at der er en række operationaliserings- og dataproblemer i forhold til vurderingen af effekter. For det første påvirkes effektmålene af andre samtidige styringstiltag. Dermed bliver det svært at fastslå en entydig kausalitet mellem de tre styringsinstrumenter og effekterne. For det andet har de tre instrumenter gennemgået betydelige ændringer over tid, og konteksten for ordningerne er forandret, især med etableringen af større regioner og samling af sygehuse efter 2007. Effekterne afhænger derfor af den valgte tidsperiode.

8.4.1 Ventetider og patienters kendskab

Den gennemsnitlige ventetid i dage for behandling, opdelt på opererede og psykiatriske patienter, ses af Tabel 8.4. Det fremgår, at der siden 2009 har været et fald i den gennemsnitlige ventetid for alle tre typer af patienter, mest markant for børn- og ungepsykiatrien, mens faldet for voksenpsykiatrien først er indtruffet det seneste år. Ventetid til sygehusoperation er ventetiden fra henvisning, til operation finder sted. Dermed indeholder den både ventetid til udredning og ventetid til behandling, men der indgår kun perioder, hvor patienten er reelt ventende (aktiv ventetid). Det ses, at den gennemsnitlige ventetid til operation er faldende, og at den i hele perioden 2010-2016 har været under 2 måneder. Siden 2015 har de gennemsnitlige ventetider i psykiatrien ligget under en måned.

Tabel 8.4 Gennemsnitlig ventetid i dage for opererede patienter og behandling af psykiatriske patienter opdelt efter alder, 2009-2016

Hele landet	2009	2010	2012	2012	2013	2014	2015	2016
Ventetid til 1. psykiatriske sygehusbehandling, børn og unge	67	77	72	53	45	30	22	22
Ventetid til 1. psykiatriske sygehusbehandling, voksne	34	35	37	43	43	35	25	21
Ventetid til sygehusoperation	67	58	54	52	51	49	48	47

Kilde: esundhed.dk, (272).

Overholdelse af ret til hurtig udredning monitoreres af Sundhedsdatastyrelsen. Overholdelse er registreret som overholdelse af udredningsfristen inden for 30 dage, eller der foreligger en udredningsplan inden 30 dage og en gyldig årsag til udredning efter 30 dage (faglig årsag, afslag på udredning på et andet sygehus eller patientens ønske om udredning på et senere tidspunkt).

Andelen af somatiske patientforløb, som ikke overholdt ret til hurtig udredning, har ligget konstant på omtrent en femtedel. I 3. kvartal 2017 er tallet steget til omtrent en fjerdedel. Det skyldes især en stigning i Region Hovedstaden, hvor 54 % af forløbene ikke overholdt udredningsretten, og til dels en stigning i Region Syddanmark, hvor ret til hurtig udredning ikke blev overholdt i 25 % af forløbene (273).

For psykiatriske forløb ligger den manglende overholdelse på mellem 6 og 13 %. Igen er det især Region Hovedstaden, som trækker tallene op i de to sidste kvartaler af 2017.

I hele perioden fra 2. kvartal 2014 til 3. kvartal 2017 har den gennemsnitlige varighed af udredning af somatiske patienter været 41 dage med udsving fra 35 til 46 dage (esundhed.dk, (273)).

Den gennemsnitlige varighed af udredning af voksne, psykiatriske patienter var i de tre første kvartaler af 2017 henholdsvis 27, 28 og 26 dage. Før 1. september 2015 havde psykiatriske patienter ret til udredning inden for 60 dage, mens de fra 1. september 2015 har ret til udredning inden for 30 dage. Det har resulteret i et fald i den gennemsnitlige varighed fra gennemsnitligt 46 dage i 1.-3. kvartal 2015 til i gennemsnit 34 dage fra 4. kvartal 2015 til 3. kvartal 2017 (esundhed.dk, (273)).

Det kan konkluderes, at ordningen har været med til at sætte fokus på ventetider til udredning og behandling, men at den ikke i sig selv sikrer, at regionernes ventetider kommer under de fastsatte grænser. Særlige omstændigheder, såsom implementering af Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden, kan spille ind.

8.4.2 Patienters kendskab og grunde til valg

I den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse (LUP) fra 2006 (119) indgik spørgsmål om frit sygehusvalg. Heri angav 87,4 % af planlagt indlagte patienter, at de vidste, at de selv kunne vælge sygehus, og 46,1 % af alle planlagt indlagte patienter valgte selv, hvilket sygehus de skulle indlægges på. Det er især sygehusets beliggenhed nær bopæl (46,8 %), sygehusets gode ry (41,5 %) og gode erfaringer (39,3 %), der nævnes som årsager til valget af sygehus.

8.4.3 Økonomiske og styringsmæssige effekter

Ved behandlingen af lovforslaget om frit sygehusvalg i 1992 blev det bl.a. diskuteret, om ordningen kunne føre til markedslignende vilkår med gunstige effekter på ressourceudnyttelse og økonomi. Ordningen blev imidlertid etableret med faste og relativt lave takster, og da der var begrænsede oplysninger om kvalitet, betød det, at der hverken var pris- eller kvalitetskonkurrence. På baggrund heraf og som følge af den relativt lave volumen (jf. afsnittet om patientvandringer ovenfor) kan man antage, at effektivitets- eller produktivetsgevinster som følge af ordningen har været begrænsede (258). Fra 2000 benyttedes DRG-takster, som er baseret på gennemsnitsomkostninger, men uden mærkbar ændring i volumen. Man kan derfor konkludere, at de økonomiske effekter af frit sygehusvalg kun har været sparsomt belyst, men at de formentlig er begrænsede. Dog har de givet en vis tilskyndelse til at hjemtage funktioner, hvilket især har været muligt med etableringen af større regioner efter 2007.

De økonomiske effekter ved udvidet frit sygehusvalg afhænger af taksterne for betaling til private sygehuse. Hvis taksterne ligger under den marginale omkostning på de offentlige sygehuse, kan der være økonomiske fordele for regionerne ved at benytte private sygehuse som buffer til at afkorte ventetider på offentlige sygehuse. Benyttelse af private leverandører kan også give regionerne en besparelse, hvis alternativet er at udbygge kapaciteten for at overholde tidsfristerne, hvorved grænseomkostningerne ville øges. For regionerne vil det tillige være en fordel at kunne henvise til benyttelse af private leverandører, som der er indgået aftale om i forbindelse med udbud (samarbejds-sygehuse) frem for DUF, da disse aftaler typisk indebærer lavere takster end DUF-taksten.

Danske undersøgelser af "*cream skimming*" giver modstridende resultater (274,275). For det enkelte privathospital vil det kun vanskeligt være muligt direkte at afvise patienter, men patienter, der aktivt vælger af blive behandlet på et privathospital, kan alligevel godt være en selekteret gruppe af borgere. Endvidere vil privathospitalerne typisk ikke være indrettet til at kunne modtage risikopatienter eller patienter med helt særlige behov, fx meget overvægtige patienter. Derfor kan patienterne, der bliver behandlet på privathospitalerne under det udvidede frie sygehusvalg, godt adskille sig fra de patienter, der bliver behandlet på de offentlige sygehuse. Dette var primært et problem, da privathospitalerne blev aflønnet med DRG-taksten for de offentlige sygehuse, mens en eventuel forskel i patienttyngden i dag kan forventes indregnet i DUF-taksten.

8.4.4 Styringsmæssige effekter i regionerne

Begge ordninger medfører en øget økonomisk usikkerhed for regionerne, fordi de risikerer, at patienterne søger behandling andre steder for regionens regning. Samtidig skal regionerne holde budgettet og risikerer sanktioner, hvis de ikke gør det. De står altså over for en økonomisk balancegang, hvor regionen skal bære risici ved en national patientrettighed inden for et fast rammebudget.

Regionerne har forskellige muligheder at håndtere dette dilemma på. De kan udvide egen kapacitet eller indgå aftaler med andre regioner eller private udbydere. Udvidelse af kapaciteten vil øge de marginale omkostninger og indebære omprioritering af ressourcer fra andre behandlingsområder.

Aftalerne kan reducere usikkerheden i forhold til betaling for den enkelte patient og i nogle tilfælde indebære en besparelse for regionerne. Det afhænger imidlertid af takstniveauet og betingelserne for aftaleindgåelse.

Der har været styringsmæssige udfordringer med at implementere ret til hurtig udredning i den kliniske virkelighed. Det skyldes bl.a., at lovgivningen om ret til hurtig udredning skelner skarpt mellem udredning og behandling. Det bygger på en forestilling om, at alle patienter først gennemgår et udredningsforløb, der afsluttes med en diagnose og derefter begynder på et behandlingsforløb, der afsluttes med fx en operation. Inden for de medicinske og psykiatriske specialer er overgangen mellem udredning og behandling imidlertid ofte glidende, og der kan være en vekselvirkning mellem udredning og behandling. Derfor giver det ikke faglig mening at registrere overgangen. Det har været medvirkende til, at ret til hurtig udredning ikke er blevet implementeret ensartet på tværs af specialer, sygehuse og regioner. Samtidig er det en udfordring for regionerne at få ret til hurtig udredning til at spille sammen med de andre patientrettigheder og generelle krav, der stilles til sygehusvæsenet. Hertil kommer, at man på visse områder har oplevet udfordringer med begrænset regional (og privat) kapacitet (s. 5 i (255)).

En ofte fremhævet styringsmæssig effekt på tværs af regionerne er, at frit valg ansporer til at koordinere indførelsen af nye behandlingstilbud og dermed mindske forskellen mellem dem (s. 246 i (258)).

Udviklingen i kapacitetsudnyttelse berøres i en rapport fra 2013 (269). Heri konkluderes, at der fortsat er betydelige forskelle i ventetider på tværs af regionerne, og at der derfor er behov for en flerspektret indsats for at fremme en bedre kapacitetsudnyttelse på tværs af sygehusene og regionsgrænserne, også ud over afregningsaspektet.

I forhold til det udvidede frie sygehusvalg og ret til hurtig udredning arbejder regionerne med at bruge kapacitet på tværs af regionsgrænser. Der er eksempler på mere generelle aftaler, men det er ikke almindeligt, fordi regionerne kun inden for få områder kender den samlede kapacitet langt ude i fremtiden som følge af, at kapaciteten er påvirket af mange forhold. I stedet sker ad hoc-udnyttelse baseret på, hvem der har den laveste ventetid (s. 27 i (255)).

8.4.5 Internationale erfaringer

OECD publicerede i 2013 en undersøgelse af ventetidspolitik i 13 OECD-lande, inkl. Danmark (276). Undersøgelsen konkluderede, at regler om garanti for en maksimal ventetid var det mest almindelige og mest effektive instrument til at reducere lange ventetider, især hvis garantien ledsages af krav til yderne. Ventetidsgarantier ledsages ofte af frit valg for patienter, konkurrence og øget udbud i den offentlige eller private sektor (ibid. s. 51-55). Der skelnes mellem to forskellige fremgangsmåder til at gennemtvinge en sådan garanti. Den første er at sætte mål for maksimal ventetid og holde yderne ansvarlige for at opnå målene. Denne fremgangsmåde blev fundet i UK og Finland, hvor yderne blev økonomisk straffet ved manglende målopfyldelse. Fremgangsmåden har været effektiv, men upopulær blandt yderne, som har opfattet det som *"target and terror"* (ibid. s. 55-57). Den anden fremgangsmåde er at tillade patienter at vælge alternative ydere, hvis ventetiden overskrider en vis tidsgrænse. Denne fremgangsmåde med frit valg og konkurrence blandt udbyderne blev fundet i Portugal, Holland, UK og Danmark (ibid. s. 57-59). Det blev konkluderet, at fremgangsmåden er mest effektiv, når den ledsages af en aktivitetsbaseret betalingsmåde, hvor pengene følger patienten.

Et andet instrument er at øge udbuddet ved at øge budgetterne. Det konkluderedes, at denne fremgangsmåde ikke har været succesfuld med hensyn til at nedbringe ventetider på lang sigt (ibid. s.

59-61). En anden vigtig udbudspolitik har været at stille krav om stigende produktivitet, hvilket er muligt ved benyttelse af aktivitetsbaseret afregning. Metoden fører til øget produktivitet, men ikke nødvendigvis lavere ventetider (ibid. s. 62-64).

Et tredje instrument er at benytte efterspørgselspolitik ved at fremme brug af private forsikringer og private hospitaler. Det konkluderes, at det generelt set ikke har reduceret efterspørgslen på offentlige hospitalsydelser og sænket ventetiderne (ibid. s. 64-65). Et alternativ har været at introducere regler til brug for klinisk prioritering af elektive patienter efter alvorlighed. For New Zealand konkluderedes det, at klinisk prioritering har ført til en reduktion i ventende patienter (ibid. s. 65-66).

Generelle krav om højeste ventetider ledsages undertiden af krav om kort ventetid til udredning og behandling for alvorlige sygdomme. To engelske studier af henvisning til hurtig diagnose inden for højst to uger for henholdsvis gynækologisk cancer (277) og brystkræft (se case nedenfor) fandt samstemmende, at der skete en stigning til hurtig diagnosticering, men et fald i effektiviteten på grund af forøget ventetid til rutineundersøgelse. Det konkluderedes i en leder i BMJ, at hurtig udredning for cancer ikke har medført forbedret patient-outcome i UK (278). I Sverige har der været udtrykt bekymring for en mulig "crowding-out"-effekt af en ventetidsgaranti (279), hvorved mindre alvorligt syge prioriteres frem for mere alvorligt syge for at overholde en ventetidsgaranti. Der manglede imidlertid evidens for, at det er tilfældet (s. 288 i (276)).

Case: Negative konsekvenser af to ugers ventetid til screening for brystkræft

Med henblik på at sikre en hurtig diagnose for patienter med mistanke om brystkræft indførtes der i 1999 en ventetidsgaranti på to uger i UK. Effekten heraf er undersøgt for perioden 1999-2005 (278). I undersøgelsen skelnedes der mellem screening på grundlag af en henvisning fra almen praksis til hurtig udredning inden for 2 uger på grund af mistanke om kræft, og henvisning til rutinemæssig screening. Over tid øgedes henvisningerne til hurtig udredning med 5,8 % pr. år, mens henvisning til rutinemæssig screening faldt med 4,3 % pr. år. Antallet af diagnosticerede tilfælde i alt pr. år forblev imidlertid stort set uændret. I gruppen med højst 2 ugers ventetid faldt andelen af diagnosticerede tilfælde fra 12,8 % i 1999 til 7,7 % i 2005. Til gengæld steg den tilsvarende andel fra 2,5 % til 5,4 % i gruppen af rutinemæssigt screenede. Det konkluderedes, at politikken således ikke nåede det ønskede mål om at forbedre adgangen for alle med mistanke om brystkræft, og at der var potentielt negative konsekvenser for de rutinemæssigt henviste, som også måtte vente længere som konsekvens af kravet om hurtig diagnosticering af de henviste til hurtig udredning.

8.5 Vurdering af fordele og ulemper ved frit valg, udvidet frit valg og retten til hurtig udredning

8.5.1 Fordele ved styringsinstrumenterne

Fordelene ved det generelle frie sygehusvalg knytter sig primært til den øgede fleksibilitet, der har muliggjort, at patienter med særlige behov eller ønsker kan vælge behandlingstilbud på sygehuse i andre regioner. Det er ikke mange patienter, som benytter ordningen, men alene muligheden kan være med til at hæve patienttilfredsheden. Frit valg kan også bidrage til bedre kapacitetsudnyttelse og kan mindske forskelle i ventetider, hvor sådanne eksisterer, såfremt patienterne baserer deres valg på ventetider alene. Det begrænsede antal patienter, der faktisk udnytter det frie valg, begrænser denne effekt mellem regionerne.

De styringsmæssige fordele ved indførelsen af frit sygehusvalg knytter sig især til en øget bevidsthed om risikoen for at miste patienter, såfremt de regionale sygehusstilbud ikke leverer tilstrækkelig høj kvalitet eller får et dårligt omdømme. Dette har sammen med en række andre løbende

initiativer ført til et større fokus på service/kvalitet og publicering af præstationsdata rettet mod patienter og henvisende læger. De mange samtidige initiativer for at fremme kvalitet i sundhedsvæsenet gør det svært at vurdere den specifikke effekt af frit sygehusvalg.

Styringsmæssige fordele på tværs af regioner knytter sig især til et vist pres for at koordinere introduktionen af behandlingsteknologier. Sammen med det generelle økonomiske pres på regionerne har dette givet anledning til større fokus på instrumenter til systematisk vurdering af ny teknologi.

Fordelene ved det udvidede frie sygehusvalg samt ret til hurtig udredning knytter sig særligt til de relativt præcise tidsfrister for udredning og behandling. Selvom disse frister ikke nødvendigvis er klinisk velbegrundede, medvirker de til at sikre en hurtig udredning og behandling (jf. ovenfor). Sammen med andre tiltag har dette været med til at fremme brugen af systematiske planer for udredning og behandling. For mange patientgrupper kan dette medvirke til at øge trygheden (s. 26 i (255)).

De potentielle økonomiske fordele for regionerne ved udvidet frit sygehusvalg er nært knyttede til niveaue af taksterne for betaling til private sygehuse. Hvis taksterne ligger under den marginale omkostning på de offentlige sygehuse, kan der være økonomiske fordele for regionerne ved at benytte private sygehuse som buffer til at afkorte ventetider på offentlige sygehuse (jf. ovenfor).

8.5.2 Ulemper ved styringsinstrumenterne

De væsentligste ulemper vedrørende det almindelige frie sygehusvalg knytter sig til det potentielle tidsforbrug til at informere om ordningen og de administrative omkostninger forbundet med forvaltningen heraf. De administrative omkostninger er dog begrænsede, da det er relativt få patienter, som benytter det almindelige frie valg.

Tidsfristen på 30 dage for henholdsvis udredning og behandling kan betyde en indskrænkning i den kliniske prioritering, hvorved mindre presserende tilfælde på grund af tidsrammen må behandles før mere presserende tilfælde. Håndfaste krav om korte ventetider, som ikke er lægefagligt begrundede, kan dermed føre til suboptimal ressourceanvendelse og et lavere samfundsmæssigt udbytte. Hertil kommer, at patienterne ikke er forpligtede til at svare inden for en tidsfrist, og patienter, der relativt sent i forløbet ønsker et andet tilbud, kommer til at tage relativt mange ressourcer og kan komme til at opleve dette som et dårligt forløb, hvis de 30 dage skal overholdes. Endelig er det svært at følge med i, om den private leverandør får afsluttet udredningen og/eller påbegyndt behandlingen inden for 30 dage og/eller hurtigere end det regionale tilbud.

Mekanismen er ikke målrettet alle diagnoser, hvorfor der kan opleves en ulighed i forhold til den generelle lighedsmålsætning i sundhedsvæsenet. Desuden vil det udvidede frie sygehusvalg ofte indebære, at patienten skal transportere sig længere, hvorved der vil være forskellige muligheder for at bruge patientrettigheden afhængig af fysisk og økonomisk formåen. Det påhviler således patienten selv at betale for transporten,

En evalueringsrapport fra 2015 beskriver en række fortolkningsmæssige og praktiske ulemper ved ret til hurtig udredning (255). Blandt andet skelner lovgivningen skarpt mellem udredning og behandling, mens der i den kliniske virkelighed ofte er en glidende overgang og vekselvirkning mellem disse (ibid. s. 5). For patienter med flere samtidige sygdomme kan det være vanskeligt at forudse varigheden af den samlede udredning, og om rettigheden er opfyldt, når tidsfristen er overholdt for den lidelse, som patienten er henvist med (ibid. s. 9). Man skal her huske på, at en udredning kan være forsinket af enten faglige eller kapacitetsmæssige årsager. Det er imidlertid uklart, hvor begrænset kapaciteten skal være i lovens forstand, og hvor lang ventetid der er acceptabel (ibid. s. 9). Patientinformationen har været uensartet mellem sygehuse og regioner og kan forekomme svært forståelig

for nogle patienter (ibid. s. 6). Siden evalueringen i 2015 er lovgivningen (280) blevet ændret med henblik på at håndtere nogle af de påpegede problemstillinger. Og der er udarbejdet en vejledning om frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, ret til hurtig udredning og information til henviste patienter (281), som netop har til formål 1) at vejlede om reglerne om frit sygehusvalg, ret til hurtig udredning og udvidet frit sygehusvalg, samt 2) at vejlede om reglerne om sygehusenes pligt til at informere patienter, som er henvist til undersøgelse, udredning eller behandling. Der foreligger ikke evalueringer efter ændringen af lovgivningen.

Der er således arbejdet med at gøre informationen mere ensartet, men for så vidt angår kvalitetsinformation kan det stadig være svært for patienterne at fortolke på en måde, som kan anvendes til konkrete patientvalg.

Samspelet mellem frit valg og ret til hurtigudredning giver også anledning til praktiske ulemper. Det kan være en udfordring at formidle til både patienter og generel offentlighed, at patienterne, ud over ret til hurtig udredning, har en sidestillet ret til frit sygehusvalg, og hvis der er mere end 30 dage en sidestillet ret til udvidet frit sygehusvalg, og hvad det betyder for regionens forpligtelser (ibid. s. 11).

En anden praktisk ulempe ved ret til hurtig udredning er, at den kan skabe konflikt med hensynet til sammenhængende patientforløb. Nogle patienter påbegynder udredningen på ét sygehus, afslutter udredningen på et andet og behandles på et tredje. For det meste vil det fagligt give god mening, men det kan være koordineringsmæssigt vanskeligt i forbindelse med overgangene mellem sygehusene (ibid. s. 12).

De økonomiske ulemper afhænger for regionerne af taksternes niveau, grænseomkostningerne ved egen produktion samt mulighederne for at forhandle priser og vilkår baseret på udbudskonkurrence som beskrevet ovenfor. Ud fra en regionsøkonomisk betragtning er de økonomiske effekter af ordningen forbedret over tid som følge af lavere DUF-takster og muligheder for aftaler efter udbud.

Opsummerende vurdering af frit valg, udvidet frit valg og ret til hurtig udredning

Klart formål: Alle trestyringsinstrumenter har som deres primære formål at styrke patientrettigheder og valgmuligheder i det danske sundhedsvæsen. Herudover nævnes en række andre mål såsom lavere ventetid, bedre kapacitetsudnyttelse, øget konkurrence, større brug af private behandlingsaktører og bedre service og kvalitet. Relationen mellem styringsinstrumenterne og de sekundære mål er mere uklare, og vægtningen heraf skifter over tid og på tværs af aktørerne.

Effekter: På det formelle plan har instrumenterne den ønskede effekt, idet patienternes rettigheder pr. definition styrkes. Der er udarbejdet vejledninger for indholdet i informationen til patienter, men i praksis kan der være barrierer og problemer med at formidle de forskellige rettigheder.

De tre ordninger har sammen med andre styringstiltag medvirket til at sætte fokus på ventetider, som har været faldende frem til 2016. Tilsvarende har der været en relativt høj grad af overholdelse af ret til hurtig udredning indtil 3. kvartal 2017. Disse effekter kan dog ikke alene tilskrives de tre ordninger. Effekter på kapacitetsudnyttelse er formentlig begrænsede, og de økonomiske effekter af styringsinstrumenterne er uklare.

Samspelet med øvrige styringsinstrumenter i sundhedsvæsenet: Det er et grundlæggende dilemma, at rammerne for udvidet frit valg og ret til hurtig udredning sætter regionerne under økonomisk pres for at sikre adgang, mens de samtidig styres stramt på budgetoverholdelse.

Den nationale styring via relativt faste rettigheder strider mod principperne om decentral prioritering og lokal tilpasning af behandlingsindsatsen. Håndfaste krav om korte ventetider, som ikke er lægefagligt begrundede, kan føre til suboptimal ressourceanvendelse, men giver et klart signal til regioner og sygehuse om den nationale politiske prioritering.

Opsummerende vurdering af frit valg, udvidet frit valg og ret til hurtig udredning

En anden potentiel konflikt vedrører ambitionen om sammenhængende patientforløb i forbindelse med valg af behandling i andre regioner eller på private sygehuse, hvor det kan være sværere at sikre informationsdeling og koordination af indsatsen.

National styring og lokal tilpasning: Reglerne om frit valg og udvidet frit valg/udredningsretten sætter en national ramme for regionernes serviceniveau. Regionerne kan vælge, hvordan de vil sikre kapaciteten til at overholde rettighederne. Det kan være via udbygning af egen behandlingskapacitet eller ved udbud og aftaler med private leverandører.

Den lokale tilpasning kan indebære, at regionerne opprioriterer patientgrupper, som er særligt relevante i forhold til frit valg/udvidet frit valg.

Kræver styringsinstrumentets effektivitet understøttelse af data? Alle tre styringsinstrumenter kræver, at der er kendskab til og forståelse af ordningerne, og at borgerne har adgang til troværdig og brugbar information om især ventetider og kvalitet. Information til borgerne findes på sundhedsportaler, som kan tilgås på internettet. Hertil kommer en vejledning til såvel borgere som fagprofessionelle. Rapportering og tilgængelighed af ventetids- og kvalitetsdata på et overordnet niveau har gennemgået mange forandringer, siden frit sygehusvalg blev introduceret i 1993, og vi har i dag information om både forventede fremadrettede ventetider på overordnede behandlingsområder på venteinfo.dk (esundhed.dk) og erfarede ventetider fra LPR. [Esundhed.dk](http://esundhed.dk) indeholder også data om hospitalsinfektioner og patienttilfredshedsundersøgelser (LUP), mens der ikke umiddelbart er adgang til mere detaljerede kvalitetsdata. Nationale mål for Sundhedsvæsenet publiceres årligt, men på regions- og kommuneniveau, og dermed ikke så relevante i forhold til borgernes valg.

Monitorering af regionernes overholdelse af ret til hurtig udredning har været udfordret af dataproblemer og uklarhed om fortolkning, og ikke mindst af registreringer af, at 'endt udredning' (klinisk beslutning) ikke sundhedsfagligt giver mening inden for alle områder. Tilføjelsen af en indikator for overholdelse af ret til hurtig udredning i esundhed.dk fra 4. kvartal 2016 sigter mod at imødegå dataproblemer.

Understøtter instrumentet en enkel og gennemskuelig styring centralt såvel som decentralt? Det [frie sygehusvalg](#) og udvidet frie sygehusvalg er relativt enkle, og der er etableret en styringsmæssig praksis for dem.

Ret til hurtig udredning har voldt en del vanskeligheder i forhold til fortolkning og praktisk implementering. Loven er dog siden blevet ændret med henblik på at håndtere nogle af de påpegede problemstillinger, og der er udarbejdet en vejledning om frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, ret til hurtig udredning og information til henviste patienter. Alle tre ordninger rummer mulighed for konflikt med andre generelle målsætninger om sammenhængende patientforløb, stram budgetkontrol, decentral styring og lighed på tværs af diagnosetyper.

9 Udbuds- og konkurrencemuligheder

Af Betina Højgaard

Regionerne har mulighed for at indgå udbudsftaler med private leverandører om sundhedsfaglige ydelser, jf. sundhedslovens § 75, stk. 2. Rent logisk vil udgangspunktet være, at udbudstaksten skal være lavere end ved DUF-taksterne³⁰ eller egenproduktion, at prisgevinsten samtidig kan dække transaktionsomkostningerne ved at gennemføre udbuddet, og et tilstrækkeligt stort volumen af patienter. Derfor laves en del udbud, hvor taksten skal angives som andel af DUF-taksen. Derudover kan regionerne indgå udbudsftaler, hvis der herved kan opnås en bedre kvalitet end på offentlige sygehuse (s. 18 i (282)). Regionerne er generelt underlagt de almindelige udbudsregler fastsat via udbudsloven, dvs. at regionerne generelt ved indkøb skal foretage udbud. Nærværende kapitel er imidlertid afgrænset til kun at omhandle udbudskonkurrence i forhold til sundhedsfaglige ydelser, dvs. udredning, undersøgelser og behandling. Fokus er således ikke her på konkurrenceudsættelse af opgaver og indkøb af medicin, utensilier, apparatur mv. Det betyder hermed også, at konkurrenceudsættelse af indkøb af sygehusmedicin gennem regionernes fælles indkøb via AMGROS ikke er omfattet af nærværende kapitel.

Nedenstående boks giver overblik over de centrale aspekter i forhold til udbudskonkurrence i relation til sundhedsydelser, mens der i de følgende afsnit gives en mere detaljeret beskrivelse af udbudskonkurrence som styringsinstrument.

Centrale aspekter i forhold til udbudskonkurrence i relation til sundhedsydelser
<i>Definition</i>
Regionerne har mulighed for at indgå udbudsftaler med private leverandører om sundhedsfaglige ydelser, jf. sundhedslovens § 75, stk. 2.
<i>Formål</i>
Formålet er at levere sundhedsydelser til bopælsregionens patienter. Delformål kan være at sikre overholdelse af det udvidede frie sygehusvalg og retten til hurtig udredning og herved sikre hurtig adgang til udredning og behandling, styrke konkurrence, sætte mål for kvalitet samt mulighed for konkurrence for herigennem at opnå en økonomisk besparelse.
<i>Styringsinstrumenttype</i>
Markedsafledt konkurrence.
<i>Centrale hensyn, der understøttes</i>
Levere sundhedsydelser til patienterne, jf. sundhedslovens § 75, herunder opfylde patientrettigheder til udredning og behandling. Omkostningseffektivitet, herunder eventuel sikring af løbende effektivisering og realisering af gevinstpotentiale ved lavere udgifter end regionens omkostninger ved egenproduktion. Kvalitet idet regionerne kan overveje udbud, hvor kvaliteten vurderes bedre end det, der tilbydes på offentlige sygehuse.
<i>Baggrund for indførelsen</i>
Konkurrenceudsættelse via udbud – i et ellers offentligt sundhedsvæsen – skal ses som en metode til at få de gevinster, som markedet giver.

³⁰ DUF-takster er de takster, som indgås under det Det udvidede frie sygehusvalg (DUF). Se afsnit 8.2.2 for yderligere beskrivelse af DUF-taksterne.

Centrale aspekter i forhold til udbudskonkurrence i relation til sundhedsydelse
<i>Tilpasninger</i>
Den midlertidige suspension af det udvidede frie sygehusvalg som følge af strejken blandt sundhedspersonalet i foråret 2008 blev startskuddet for, at regionerne i større grad begyndte at anvende udbud på sundhedsydelser. Forud for den midlertidige suspension af det udvidede frie sygehusvalg var der ikke tradition i regionerne – og amterne før da – for i større omfang at anvende udbud.
<i>Anvendelse i dag</i>
De samlede udgifter til samarbejdsygehuse var 367 mio. kr. i 2016, hvilket udgør cirka en ½ % af de samlede udgifter til sygehusområdet. Brugen af udbud variere meget regionerne imellem. Udbudsaftalerne benyttes i dag primært af regioner til at skabe "bufferkapacitet", hvorved det kan sikres, at regionen kan tilbyde behandling til sine borgere, inden det udvidede frie sygehusvalg træder i kraft.
<i>Dokumenterede effekt</i>
Analyserne på området indikerer, at regionerne opnår betragtelige besparelser ved udbud. Udbudstaksterne lå generelt på et niveau fra 40-80 % af DUF-taksterne i 2013. Samlet set synes de resulterede besparelser ved udbudstaksterne at være større end meromkostningerne til udbud.
<i>Implikationer for regionernes styring</i>
Regionerne afgør selv, i hvilket omfang de vil anvende udbud. Der er således ikke eksplicite krav til omfanget af anvendelsen her af, og det står ligeledes regionerne frit for, hvordan de udmønte de enkelte udbud. Der er endvidere variation mellem regionerne i forhold til nærheden til og antallet af private leverandører og dermed forskel i, om der er etableret et marked i den pågældende region. Den eneste restriktion er, at Danske Regioner ikke kan benytte udbud som instrument ved indgåelse af aftalerne om det udvidede frie sygehusvalg, da man her skal indgå aftale med alle kvalificerede private leverandører.
<i>Fordele</i>
Udbud giver regionerne mulighed for bruge alternativer til egne hospitaler og at skabe konkurrence mellem private leverandører for levering af sundhedsydelser med dertil hørende positive effekter på de opnåede udbudstakster. Markedsafprøvningen af taksterne i udbud kan have en spillover-effekt på DUF-taksterne, som ikke må sendes i udbud. Udbud kan være med til at øge regionernes udrednings- og behandlingskapacitet, hvor de mangler kapacitet, og dermed give mulighed for at tilbyde hurtigere udredning og behandling til patienterne. Udbud giver mulighed for et tættere samarbejde mellem de private og offentlige sygehuse og opfølgning på kvalitet end under det udvidede frie sygehusvalg, da antallet af samarbejdspartnere er mindre, og det er muligt at opstille specifikke kvalitetsparametre i kontrakterne.
<i>Ulemper</i>
Ikke al aktivitet på sygehusene er egnet til konkurrenceudsættelse via udbud, eksempelvis egner ydelser, der er komplekse, og hvor der kun er få udbydere, sig ikke til konkurrenceudsættelse via udbud, herunder regions- og højt specialiserede funktioner med kun en enkelt eller ingen private leverandører godkendt af Sundhedsstyrelsen. Udbud og direkte tilbudsindhentning medfører transaktionsomkostninger. Transaktionsomkostningerne skal således stå mål med de potentielle økonomiske besparelser, der kan opnås via tilbudspriserne.

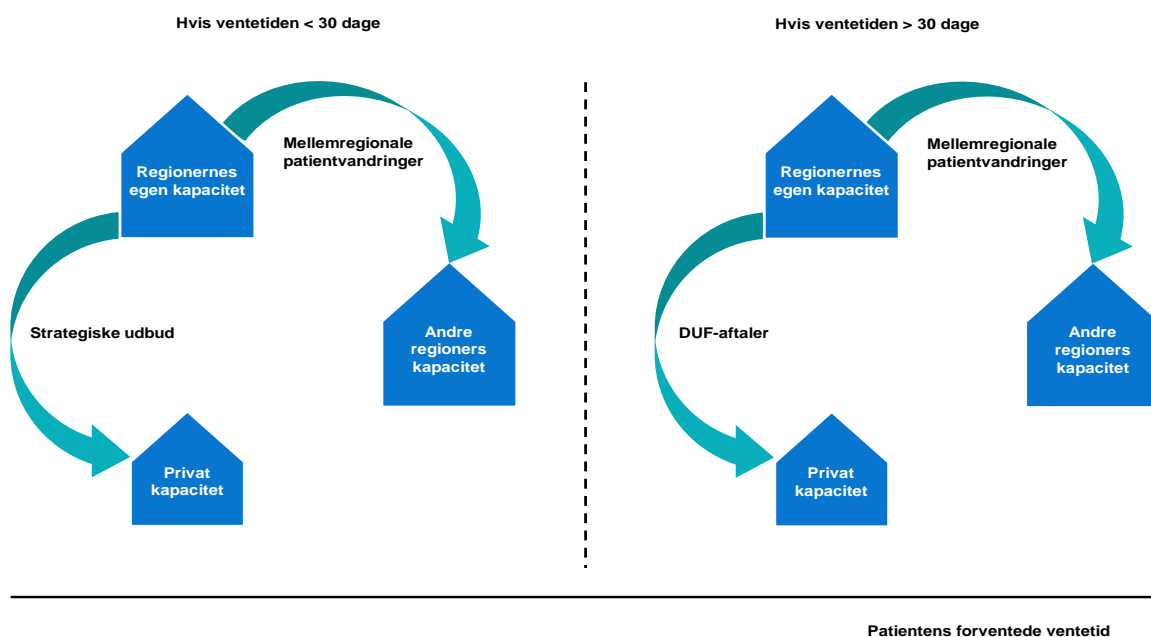
9.1 Formålet med regionernes udbudsaftaler

Det overordnede formål med at konkurrencesætte opgaver er at levere sundhedsydelser hurtigt og effektivt til patienterne. Det økonomiske formål er via udbud er at skabe mulighed for at få de gevinster, som markedet giver, dvs. opnå den bedste ydelse til den bedste pris. I forhold til udbud af sundhedsfaglige ydelser er der tale om konkurrence om det enkelte marked frem for i markedet, idet

vinderen af udbuddet typisk får et tidsbegrænset lokalt monopol på at levere ydelsen (s. 105 i (135)). Konkurrenceudsættelse via udbud kan dermed ses som et middel til effektiv ressourceanvendelse, herunder et middel til at styrke konkurrencen om kvalitet. Det kræver dog, at der er flere leverandører, der kan og vil byde ind, samt en overvejelse om, hvorvidt et eventuelt midlertidigt monopol vil blive mere permanent.

Formålet med regionernes udbudsaftaler er bl.a. at sikre overholdelse af det udvidede frie sygehusvalg og retten til hurtig udredning, som giver hurtig udredning og behandling, styrker konkurrencen om kvalitet samt skaber mulighed for, at konkurrencen giver en økonomisk besparelse.

Figur 9.1 Regionernes sygehuskapacitet og samarbejds- og aftalesygehusenes indplacering heri



Kilde: Figur 1 i (283)

Patienter, der har ret til udvidet frit sygehusvalg, kan frit vælge at blive udredt eller behandlet på et privat sygehus (et såkaldt aftalesygehus). Jævnfør Figur 9.1 (højre side) sker regionernes betaling til aftalesygehusene for deres behandling af patienter under det udvidede frie sygehusvalg via DUF-takster. DUF-taksterne er forhandlet mellem Danske Regioner og Sundhed Danmark, som er foreningen af danske sundhedsvirksomheder (se afsnit 8.2.2 for nærmere beskrivelse af DUF-taksterne). Danske Regioner kan således ikke benytte udbud som instrument ved de behandlinger, der gennemføres, når patienten har valgt at anvende det udvidede frie sygehusvalg. Den enkelte region kan derimod via udbud indgå aftale – på andre vilkår og takster – med én eller nogle få private sygehuse og klinikker (et såkaldt samarbejdssygehus) om, at regionen kan henvise deres borgere til dem, og at de foretager behandling, inden patienten får ret til udvidet frit sygehusvalg (venstre side i Figur 9.1). Regionen kan endvidere også sætte udredning i udbud.

I de tilfælde, hvor regionen vurderer, at de ikke selv har kapacitet nok til at tilbyde behandling til patienter, inden det udvidede frie sygehusvalg træder i kraft, kan de således via udbud indgå kontrakt med et samarbejdssygehus om, at de skal varetage opgaven for regionen inden tidsfristen for det udvidede frie sygehusvalg. Private leverandører kan herved via udbud indgå som en del af den regionale sygehuskapacitet. De aftalte udbudstakster med samarbejdssygehusene vil ofte ligge under DUF-taksterne, hvorved der kan opnås en økonomisk besparelse i forhold til det udvidede frie

sygehusvalg (se afsnit 9.4.1 for uddybning heraf). De lavere udbudstakster foranlediges dels af den direkte konkurrenceudsættelse af prisen, dels de stordriftsfordele samarbejdsygehuset kan opnå via en udbudsftale, herunder de bedre muligheder for produktionsplanlægning. Udbudstaksterne bør dog også holdes op mod den marginalomkostning, som den enkelte region har ved selv at producere flere sundhedsydelse.

9.2 Baggrunden for regionernes udbudsftaler

Udbud er en blandt flere former for konkurrence, som anvendes i sundhedsvæsenet. Af andre former for konkurrence i sundhedsvæsenet kan nævnes konkurrence på interne markeder (køber-sælger-modeller) samt kvalitets- og sammenligningskonkurrence (yardstick competition) (s. 104 i (135)). Udbud udgør en slags reguleret konkurrence, som ligger langt fra decideret fri konkurrence, men som kan benyttes til at skabe markedsafledt konkurrence om specifikke sygehusydelser i et bestemt marked i et ellers offentligt drevet sundhedsvæsen.

Ved udbud er det således muligt at skabe konkurrence om markedet for den eller de konkrete sundhedsydelser mellem private leverandører. Det er imidlertid ikke alle sundhedsydelser, som er lige egnede til konkurrenceudsættelse og herunder udbudskonkurrence. Ligeledes er sundhedsydelser fordelt på mange markeder, opdelt sundhedsfagligt og geografisk. Eksempler på sundhedsfaglig opdeling er de lægefaglig specialer, herunder Sundhedsstyrelsens opdeling i cirka 1.000 specialiserede funktioner, hvor deres godkendelse er påkrævet for, at de må udføres på offentligt betalte patienter. Af Det Rådgivende Udvalg på sundhedsområdets rapport fra 2003 (284) fremgår forskellige kriterier for, hvornår en sundhedsydelse kan overvejes konkurrenceudsat. Kriterierne er kort opsummeret i boksen neden for.

Kriterier for konkurrenceudsættelse af sundhedsydelser

Muligheden for (kontraktligt) at specificere sundhedsydelsen

I kontrakten mellem regionen og den private leverandør skal det nøje kunne beskrives, hvad der skal leveres og hvornår. Herunder skal der kunne gives en klar specifikation af den ønskede kvalitet af ydelsen. Gevinsten ved konkurrenceudsættelse er hermed størst på behandlingsområder med klart defineret ydelser, som eksempelvis skanninger og standard ortopædkirurgiske indgreb, samt på områder med lille risiko for indikationsskred.

Tilstrækkeligt mange leverandører

Der skal være tilstrækkeligt mange leverandører, for at der skabes en reel konkurrencesituation. Antallet af potentielle leverandører vil afhænge af, hvor høje kapitalomkostningerne er, da høje kapitalomkostningerne vil reducere antallet af udbydere, der vil være i stand til at rejse den fornødne kapital og viden, og dermed resultere i svækket konkurrence. Særligt på akutområdet og de højt specialiserede behandlinger er der betydelige kapitalomkostninger, hvilket stiller krav om en høj kapacitetsudnyttelse. Antallet af leverandører må således forventes at være størst på mindre komplicerede behandlingsydelser, da kravene til investering i apparatur og specialviden her vil være overkommelig for flere leverandører.

Patientgrundlaget vil også have betydning for antallet af leverandører, da et lavere patientgrundlag alt andet lige vil give plads til et lavere antal udbydere. Endvidere vil der kunne opstå stordriftsulemper, hvis specialiseringen bliver så stor, at den hindrer fleksibilitet og omstillingsevne.

Forsyningssikkerhed

Forsyningssikkerhed er et krav på sygehusområdet, især på akutområdet. Kravet konflikter imidlertid med "lukningstruslen", som ellers er en væsentlig drivkraft bag konkurrence. Der skal således være den rette afvejning mellem en effektiv konkurrence, hvor der er mulighed for at sortere ikke effektive leverandører fra, og samtidig forsyningssikkerhed fra leverandørerne i markedet.

Kilde: (s. 66-67 i (284)).

Generelt er der bedst betingelse for konkurrence inden for ikke-komplicerede ydelser, dvs. skanninger, laboratoriefunktioner, kirurgiske (basis-)operationer og andre ydelser, som er mindre udstyrskrævende, og hvor der er et tilpas stort patientgrundlag (s. 68 i (284)) – hvilket også udgør en stor del af behandlingen i sygehussektoren. Endvidere vil det bl.a. afhænge af størrelsen af transaktionsomkostninger³¹, om der bør gennemføres udbud eller ej (s. 105 i (135)). Prisgevinsten ved udbuddet skal således være større end transaktionsomkostningerne ved at gennemføre udbuddet.

Kun private sygehuse og klinikker, som er godkendt til den givende funktion, kan indgå samarbejdsaftaler med regionerne. Regionernes muligheder for at inddrage private leverandører i opgavevaretagelsen er således påvirket af de centrale rammevilkår for det regionale sundhedsområde. Eksempelvis kan regionerne på nuværende tidspunkt i praksis ikke inddrage privathospitaler eller klinikker i varetagelsen af akutfunktioner og flertallet af højtspecialiseret behandling. I 2013 udgjorde dette knap 50 % af den samlede aktivitet i sygehusvæsenet (285).

9.2.1 Anvendelse af udbud i regionerne historisk set

Den midlertidige suspension af det udvidede frie sygehusvalg som følge af strejken blandt sundhedspersonalet i foråret 2008 blev startskuddet til, at regionerne i større grad begyndte at anvende udbud på sundhedsydelser. Forud for den midlertidige suspension af det udvidede frie sygehusvalg havde regionerne – og amterne før da – ikke i større omfang tradition for at anvende udbud af sundhedsydelser, dette til trods for at potentialet ved udbud løbende blev udpeget af centrale aktører op gennem nullerne. Indenrigs- og sundhedsministerens rådgivende udvalg (s. 14-15 i (284)) og Konkurrencestyrelsen (s. 200 i (286)) pegede i 2003 begge på, at der var et potentiale for mere konkurrence via udbud i sundhedsvæsenet. I rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgs-ordning på sundhedsområdet fra 2007 anbefalede udvalget med undtagelse af Danske Regioner, "at der arbejdes med udbud som et strategisk instrument for at sikre patienterne en så hurtig adgang til behandling som muligt og en så effektiv drift af sygehusene som muligt. Udbud og konkurrenceudsættelse bør anvendes strategisk i forhold til den samlede sygehusaktivitet, og det anbefales, at der i de enkelte regioner arbejdes med forpligtende målsætninger for en øget anvendelse af udbud" (s. 14 i (274)). Danske Regioners manglende tilslutning til denne generelle anbefaling om brug af udbud i forbindelse med driften af det offentlige sundhedsvæsen skyldtes, at de fandt, at anbefalingen lå uden for udvalgets kommissorium, som handlede om vilkår for den udvidede fritvalgs-ordning (s. 15 i (274)). Danske Regioner ønskede derimod rammeudbud for op mod halvdelen af behandlingerne under det udvidede frie sygehusvalg (ibid.).

Grundet regionernes udfordringer med at få afviklet den pukkel af aktivitet, som opstod i kølvandet på overenskomstkonflikten i foråret 2008, blev der i økonomiaftalen for 2009 (287) indgået aftale om suspension af det udvidede frie sygehusvalg. Suspensionen trådte først i kraft med virkning fra november 2008, da den krævede en ændring i sundhedsloven (266). Suspenderingen af det udvidede frie sygehusvalg betød, at patienter, der ikke havde livstruende sygdomme, ikke længere var sikret undersøgelse eller behandling på private sygehuse og klinikker.³²

Som en del af aftalen omkring suspensionen forpligtede regionerne sig til i suspensionsperioden, dvs. fra 7. november 2008 til 31. juni 2009, at købe ydelser hos private leverandører i et omfang svarende til før suspensionen (s. 8 i (287)). Suspension åbnede herved op for, at regionerne kunne afprøve nye prismekaniser, herunder udbud, som alternativ til de aftalefastsatte priser, da de ikke

³¹ Med transaktionsomkostninger menes administrative omkostninger til at udarbejde og gennemføre udbud, kontraktindgåelse og til løbende kontrol og opfølgning.

³² Fire ud af de fem regioner bevarede trods suspensionen patienternes ret til behandling på private sygehuse og klinikker, hvis ventetiden på de offentlige sygehuse overskred en frist på 1-3 måneder (s. 16 i (288)). Dvs. i nogle af de regioner som bibeholdt patientrettighederne blev ventetidsfristen som følge af suspensionen udvidet fra én til to eller tre måneder.

længere var forpligtede til at betale de fælles aftalepriser (s. 14 i (289)). Alle fem regioner gennemførte udbudsrunder under suspensionen, dog forskelligt udformet fx i forhold til anvendt referencetakst i udbuddet (290). Flere regioner valgte ligeledes at indføre variabel volumenafhængig betaling, hvilket betød, at regionen fik stigende rabat med stigende volumen (s. 17 i (288)).

Udbuddene skærpede priskonkurrencen blandt de private leverandører; således opnåede alle regioner takster, der lå væsentligt under de tidligere forhandlede DUF-takster (s. 17 i (288)). Af notat fra Danske Regioner i februar 2009 fremgår det, at der på nogle områder blev indgået priser, som var mere end 50 % lavere end de forhandlede private takster eller den gældende DRG-takst, og at prisen for de behandlinger, hvor der var opnået den laveste besparelse, lå på omkring 90 % af den tidligere forhandlede private takst (290). Ligeledes fremgår det af Rigsrevisionens gennemgang fra juni 2009, at regionerne opnåede betydelige besparelser som følge af de opnåede laverepriser via udbud under suspensionen (s. 17 i (288)). De største reduktioner blev opnået for områder, hvor DUF-taksterne lå væsentligt over DRG-taksterne, hvilket eksempelvis var inden for ryg- og fedmekirurgi (s. 52 i (289)).

Erfaringerne fra suspensionsperioden i forhold til de store opnåede besparelser via udbud skal ses i lyset af, at DUF-taksterne på daværende tidspunkt tog udgangspunkt i de gældende DRG-takster. Endvidere har privathospitalerne og klinikkerne efterfølgende givet udtryk for, at der i kølvandet på suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg opstod en panikagtig stemning blandt de private leverandører, som betød, at de gav bud, der var helt urealistisk lave (291). Ligeledes er det ikke sikkert, at udbud i et marked, hvor der eksisterer et udvidet frit sygehusvalg, vil give de samme lave priser som udbud uden det udvidede frie sygehusvalg (292).

9.2.2 Patientrettigheds- og lovændringer af betydning for regionernes udbudsmuligheder

Regeringen og Danske Regioner indgik 1. april 2009 en aftale om samarbejde med de private sygehuse, som bl.a. indebar, at forhandlingerne om taksterne under det udvidede frie sygehusvalg pr. 1. januar 2010 skal ske med udgangspunkt i såkaldte referencetakster beregnet på grundlag af de offentlige sygehuse med laveste omkostninger (293). Herved sikres i forhandlingsgrundlaget, at DUF-taksterne sammenlignes med de bedste offentlige sygehuses omkostninger. I de efterfølgende forhandlinger frem til i dag er det samlede takstgrundlag blevet reduceret hver gang, dog har privathospitaler ved voldgift fået tillagt taksterne en kompensation ved overtagelsen af patientforsikringen. Endvidere fremgår det af aftalen, at "for at flere patienter kan opleve kortere ventetider, ønsker regeringen at supplere genindførelsen af det udvidede frie sygehusvalg med en flerstrengt indsats. Forudsætningen for at sikre patienternes adgang til at benytte det udvidede frie sygehusvalg og mere sundhed for pengene er, at der er sikkerhed for en vis kapacitet. Det skal bl.a. ske ved et samarbejde mellem regionerne og de private sygehuse, der bygger videre på erfaringerne med udbud af sygehusbehandlinger samt øget anvendelse af strategisk udbud" (ibid.). Der var således et ønske om, at regionerne skulle fortsætte med – og gerne udvide – brugen af udbudsaftaler med private leverandører efter genindførelsen af det udvidede frie sygehusvalg.

I 2013 blev ret til hurtig udredning indført, hvilket medførte, at udredningen skal ske inden for 30 dage, og samtidig fik regionerne ansvaret for at finde andre udredningssteder, hvis ventetiden er for lang. Dette satte hospitalerne under endnu større kapacitetspres og medførte eksempelvis øget behov for MR-skanninger. En opgørelse fra Region Midtjylland viser, at 72,4 % af henvisninger til privathospitaler i 2013 gik til et privat samarbejdsygehus, og at langt størstedelen af henvisningerne

var til MR-skanning (294). Endvidere blev der indført en differentiering af det udvidede frie sygehusvalg, som betød, at patienter som udgangspunkt har ret til udvidet frit sygehusvalg ved 2 måneders ventetid og 1 måneds ventetid ved alvorlig sygdom (295).

Tilbudsloven blev ligeledes ændret i 2013, så tjenesteydelser inden for sundheds- og socialvæsen ikke længere skal konkurrenceudsættes (tilbudsloven blev ændret pr. 1. januar 2013). Det betyder, at regionerne ikke er forpligtede til at udføre egentlige udbud af sundhedsydelser, men i stedet kan indhente tilbud, hvilket administrativt er langt mindre ressourcekrævende at gennemføre end udbud. Ved tilbudsgivning får regionerne imidlertid ikke den samme mulighed for at konkurrenceudsætte ydelsen som ved et udbud.

I september 2014 trådte en ændring af sundhedsloven i kraft (296). Lovændringen betød, at regionerne fik mulighed for at foretage udbud for driften af almen praksisser (såkaldte udbudsklinikker). Ud over læger, der virker inden for overenskomsten, fik andre private leverandører herved mulighed for at deltage i eventuelle udbud. Eksempelvis benyttede Region Midtjylland sig i november 2014 af denne mulighed, da de indgik kontrakt med tre forskellige leverandører om drift af tre lægeklinikker i Vestjylland, hvor regionen tidligere havde haft problemer med at rekruttere læger (s. 21 i (268)).

Den 1. januar 2016 trådte den nye udbudslov i kraft. Udbudsreglerne var inden da ikke samlet i en udbudslov, men i stedet dikteret via forskellige direktiver og tilbudsloven. Udbudslovens ikrafttrædelse medførte ophævelse af sondringen mellem bilag IIA- og bilag IIB-tjenesteydelser, og sundhedsydelser overgik i stedet til at være omfattet af den mindre byrdefuld udbudsordning – det såkaldte light-regime. Light-regimets regler stiller en række overordnede krav til ordregiver om sikring af lige behandling og gennemsigtighed, men ordregiveren står ellers frit for at fastlægge proceduren og fremgangsmåden for det enkelte udbud. Ordregiveren kan eksempelvis selv vælge, hvilke tildelingskriterier der skal anvendes (297).

Den 1. oktober 2016 blev den differentierede ret til udvidet frit sygehusvalg fjernet, således at alle har ret til det udvidede sygehusvalg efter 30 dage, og der skete mindre ændringer af udredningsretten (23).

9.2.3 Partnerskabsaftaler

MR-funktionen på Aabenraa Sygehus blev fra 2001 til 2011 drevet af det privatejede Thava A/S på Aabenraa Sygehus og er dermed det første eksempel på offentligt-privat samarbejde i sygehussektoren i Danmark (s. 24 i (298)). Thava A/S stillede selv skanneren og personale til rådighed og betalte husleje til sygehuset. Op gennem nullerne var Thava A/S kendt for en høj produktivitet, som delvis kan forklares med længere åbningstider, organisatoriske forhold og patientsammensætning (fx mindre andel børn), men som også formodes at skyldes højere produktivitet (s. 10-11 i (299)). I 2009 foretog Thava A/S i Aabenraa mere end hver femte af alle MR-skanninger i Region Syddanmark. Trods den store succes valgte Region Syddanmark i 2011 at opsige aftalen, bl.a. som følge af at Aabenraa Sygehus ændrede status til akutsygehus, hvilket medførte en større uddannelsesforpligtelse i Aabenraa, som regionen ikke vurderede forenelig med en særskilt privat driftsenhed (300).

Privat-offentlige samarbejder vil potentielt kunne benyttes til via udbud at skabe konkurrence mellem offentlige og private hospitaler, men eksemplet med Thava A/S illustrerer også de udfordringer, der kan være ved at bringe private leverandører ind på offentlige sygehuse. Endvidere vil *private wings* potentiel kunne benyttes til at udnytte ikke anvendte faciliteter på de offentlige sygehuse, eksempelvis i ydertimerne.

I 2013 indgik Region Sjælland efter en udbudsproces en treårig partnerskabsaftale med et konsortium bestående af tre private leverandører, som blev forlænget yderligere ét år med udløb juni 2017 (301). Aftalen fungerede som bufferkapacitet, når regionens egne sygehuse ikke havde kapacitet til at udrede og behandle patienterne. Indledningsvist omhandlede partnerskabet udredning og behandling inden for specialerne lunge-, hjerte- og allergisygdomme samt neurologiske lidelser, og i driftsperioden blev aftalen udvidet med følgende specialer: kardiologi, ortopædkirurgi, rygbehandling, endokrinologi, kirurgisk endoskopi, reumatologi, plastikkirurgi efter excessivt vægttab, billeddiagnostiske ydelser, urologi og non-malign smertebehandling (s. 22 i (268)). Aftalen gav endvidere mulighed for, at konsortiet kunne drive enkelte afsnit eller afdelinger på regionens sygehuse; således etablerede konsortiet en smerteklinik på Næstved Sygehus. Etableringen af smerteklinikken var et resultat af, at regionen ikke selv kunne tiltrække tilstrækkelig ekspertise til en smerteklinik. Den private leverandør kunne imidlertid dette ved at lokke med bedre løn- og arbejdsforhold (302).

9.3 Anvendelsen af regionernes udbudsaftaler i dag

Udbud benyttes i dag primært af regionerne til at konkurrenceudsætte ydelser, hvor regionen kan have svært ved at imødekomme efterspørgslen, eventuelt på grund af mangel på speciallæger i regionen eller generel kapacitetsmangel inden for udvalgte områder. Det vil sige, at udbudsaftalerne benyttes som en "bufferkapacitet", hvorved det kan sikres, at regionen kan nå at udrede inden for 30 dage og tilbyde behandling til sine borgere, inden det udvidede frie sygehusvalg træder i kræft. I de tilfælde, hvor regionen ikke selv har kapacitet nok, kan det medføre en økonomisk gevinst for regionerne, hvis de kan tilbyde deres borgere behandling via en udbudskontrakt frem for via aftaler om ret til hurtig udredning eller det udvidede frie sygehusvalg og de dertil hørende DUF-takster, da sidstnævnte ofte er væsentligt højere end udbudstaksterne (s. 28 i (268)). Det skal her kort nævnes, at et andet alternativ for regionen i den situation er, at regionen på konkrete behandlingsområder indgår forhandling og aftaler med en anden region, hvor de forhandler betalingen for mellem-regionale patienter til mindre end 100 % af DRG-taksten. Endvidere har nogle regioner oprettet garanti-klinikker for at imødekomme kapacitetsproblemer.

Regionerne bruger således primært udbud af sundhedsydelser til at få en "bufferkapacitet", mens udbud af sundhedsydelser i mindre grad bliver anvendt i forhold til strategisk differentiering af opgavevaretagelse mellem private og offentlige sundhedsudbydere.

Table 9.1 Oversigt over regionernes samarbejdsaftaler med privathospitaler og klinikker i 2017

Region	Tjenesteydelser	Leverandør
Region Nordjylland	Grå stær	Capio CFR – Skørping, Øjenlægerne Center Halse – Aarhus og Vendsyssel Øjenklinik – Brønderslev
	MR-skanning og ultralydsskanning	Aleris-Hamlet Hospitaler – Aalborg, Kennedy
	Operation på fod og ankel	Capio CFR Aarhus
	Operation på skulder, albue, hånd og håndled	Ortopædkirurgisk Klinik Sydhimmerland, Hobro
	Operation på skulder, albue, hånd, håndled, knæ og ryg	Capio CFR – Skørping
	Operation på knæ og ryg	Capio CFR – Skørping

Region	Tjenesteydelser	Leverandør
Region Midtjylland	Skulderoperation	Capio CFR Viborg
	Operation i nakken og lænderyg	Capio CFR Aarhus
	MR-skanning	MR-Scanner Viborg, MR-Scanner.dk og Capio CFR Aarhus MR
	Plastikkirurgi (brystreduktion, maveskind, arkorrektion og fibrose i hud) ¹	Aaens Privathospital
	Prostata – udredning og behandling	Aleris-Hamlet Privathospital
	Urinvejskirurgiske smålidelser	Capio CFR Viborg
	Udvidet urologiaftale, herunder udredning af monosymptomatisk mikrohæmaturi	Aleris-Hamlet Privathospital
	Uretersten (udredning og behandling)	AROS Privathospital
	Intern uretrotomi	AROS Privathospital
	Tværfaglig smertebehandling	Mølholm Privathospital
	Udredning af patienter med medicinske mave-tarm lidelser	Endoskopiklinikken
	Ultralydsskanning	Endoskopiklinikken
	CT-skanning	CT-klinikken
	Børne- og ungdomspsykiatri – udredning og behandling	Axess Medica Psykiatrisk Klinik for Børn og & unge
	EMG-, ENG-, EEG-undersøgelser	Privathospital Mølholm, Vejle
	Operation på galdeblære, operation for brok og hæmorider	Capio CFR Viborg
	Koloskopi, gastroskopi og sigmoideoskopi	Capio CFR Viborg
	Næse	Capio CFR Aarhus/Viborg
	Indre og ydre øre	Capio CFR Viborg
	Søvnapnø	AROS Privathospital
Fjernelse af mandler	Aleris-Hamlet Privathospital, Aarhus	
Region Syddanmark	Koloskopi	Privathospitalet Kollund
	Fødsler	KreiskKrankenhaus Nielbüll
Region Sjælland	Neurofysiologisk undersøgelse	Epilepsihospitalet Filadelfia
	Refraktionskirurgi (nærsynethed)	Øjenlægernes Center, Charlottenlund
Region Hovedstaden	MR-skanning	CFR-Astra
	Plastikkirurgi	Printzlau Privathospital og Aleris-Hamlet Parken
	Rygoperation	Aleris-Hamlet og Capio CFR
	Søvnapnøbehandling	Nordsjællands Snorke- og Apnøklinik
	Urologi	Kysthospitalet Skodsborg, Capio, CFR og Aleris-Hamlet
	Øjenoperation	Øjenlægerne Glostrup Centrum, Scandinavian Eye Center Hellerup, Øjenlægecenteret Frederiksberg og Speciallægeklinikken Centralen
	Øre-, næse- og halsoperation	Capio CFR

Anm.: Identificeret via de respektive regioners hjemmesider, december 2017.

Note: ¹ Kontrakten udløb 30. november 2017, men Regionen har igangsat et udbud på området med udbudsfrist 18. december 2017.

Kilde: (303-307).

Der er stor variation mellem regionerne i antallet af samarbejdsaftaler med privathospitaler og klinikker, jf. Tabel 9.1. Region Midtjylland er den region med udbudsftaler på flest typer sundhedsydelser. Sammenlignet med tilsvarende opgørelse fra 2010 (Tabel 2 i (308)) er antallet af udbudsftaler reduceret i Region Sjælland og Region Syddanmark, steget i Region Midtjylland og cirka på samme niveau i Region Hovedstaden og Region Nordjylland. Forskellen kan skyldes en række forskellige faktorer såsom regionernes individuelle strukturelle rammevilkår, herunder om der reelt er et privat marked i den enkelte region. Endvidere findes der andre muligheder end udbud til at løse eventuelle kapacitetsudfordringer i regionerne (s. 19 i (268)). Både Region Sjælland og Region Syddanmark har således oprettet garantiklinikker, der hjælper regionens sygehuse med at overholde tidsfristen for udredning og behandling.

Af et notat fra Region Midtjylland fremgår det, at samarbejdet med privathospitalerne og klinikkerne har ændret sig over tid:

”Regionens samarbejde med privathospitaler har ændret sig i de seneste år. Tidligere blev der primært indgået udbudsftaler for at opnå besparelser på områder, hvor der allerede var store udgifter til privathospitaler. I de senere år er der dog kommet mere fokus på at benytte den private kapacitet til at sikre gode patientforløb og være på forkant med kapacitetsmæssige udfordringer. Der er således indgået samarbejdsaftaler på områder, hvor de offentlige sygehuse har haft lange ventelister, både som følge af pukkelproblematikker og som følge af mere permanente kapacitetsproblemer” (294).

Samtidig fremgår det af notatet fra Region Midtjylland, at udvælgelsen af områder af relevans for en udbudsftale sker med afsæt i besparelspotentialet, dvs. det skal enten være et område med stor volumen, eller fordi området er velegnet til udbud, eksempelvis som følge af mange leverandører (ibid.). I Region Hovedstaden indgås der udbudsftaler:

”... når der er en større mængde patienter eller særlige udfordringer, fx når der opleves udfordringer med at leve op til behandlingsgarantien [...]. Det overordnede kriterium er således, om regionen med egen kapacitet kan leve op til sine forpligtigelser, eller om der er behov for kortere eller længelevende aftaler med private leverandører. Dertil kommer naturligvis en vurdering af, om den ønskede ekspertise er tilgængelig hos private, samt om pris og kvalitet lever op til regionens standard [...]. Ved udvælgelsen af områder, hvor der foretages udbud, ses dels på områder, hvor der er mange patienter, som må vente længe, som derfor skal omvisiteres til behandling i privat regi. Endvidere ses på, om der for disse områder kan forventes en besparelse i forhold til prisen aftalt mellem Danske Regioner og Brancheforeningen af Privathospitaler og Klinikker (BPK) [Sundhed Danmark]” (309).

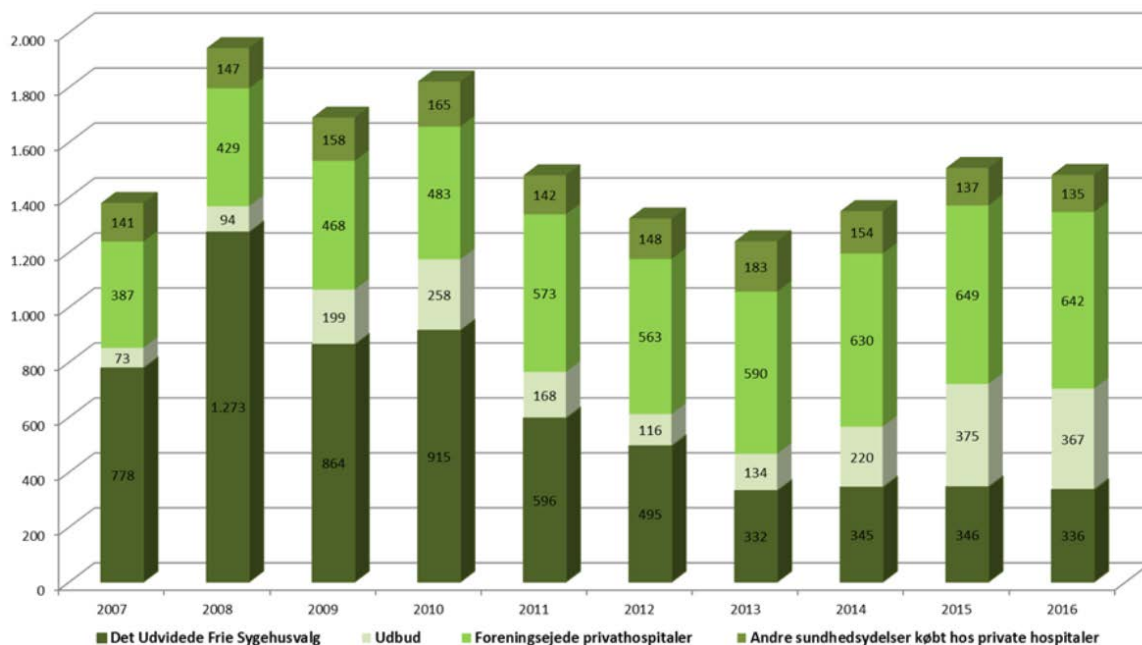
Pris vægtes typisk højere end kvalitet ved tildeling af kontrakten (s. 43 i (268)). Af igangværende udbud omhandlende plastikkirurgiske ydelser i Region Midtjylland fremgår det, at tildelingen af kontrakten sker ud fra kriteriet bedste forhold mellem pris og kvalitet, hvor pris og kvalitet vægtes med henholdsvis 60 og 40 % (310). Foruden pris og kvalitet kan eksempelvis mindstekrav om geografi indgå som tildelingskriterie. Sundhedsområdet er genstand for en række kvalitets- og dokumentationskrav (s. 44 i (268)), og herved sikrer de generelle regler på området høj kvalitet af den behandling, som leveres af de private leverandører, hvilket kan være forklaring på, at kvalitet generelt ikke tillægges større betydning i tildelingskriterierne.

9.3.1 Regionernes omkostninger til udbudsftaler

I 2016 var regionernes udgifter til udbudsftaler 367 mio. kr., hvilket var 8 mio. kr. lavere end året før, hvor det nåede et hidtil maksimum, jf. Figur 9.2. Af Figur 9.2 fremgår det ligeledes, at udgifterne

til udbudsaftaler steg markant i kølvandet på den midlertidige suspension af det udvidede frie sygehusvalg.

Figur 9.2 Regionernes udgifter til privathospitaler og klinikker i mio. kr.



Kilde: Danske Regioner.

9.3.2 Kontraktudformningerne med samarbejdssygehusene

Udbudsaftaler kan indeholde både udredning og behandling eller alene omfatte undersøgelse eller behandling. Regionernes kontrakter med samarbejdssygehusene kan være udformet på flere forskellige måder – eksempelvis som en rammeaftale, med eller uden fastsat minimumskøb, eller som et fast volumenkontrakt, hvor ordregiveren er forpligtet til at købe et bestemt antal ydelser, eller længerevarende kontrakter, fx i forbindelse med partnerskabsaftaler. Hovedparten af de nuværende samarbejdskontrakter er udformet som rammeaftaler, hvor der ikke er lovet et fast antal patienter (s. 20-21 i (268)). Af en opgørelse fra 2016 fremgår det, at det kun er Region Sjælland og Region Nordjylland, som i nogle af deres kontrakter stiller løfte om et givet antal patienter (s. 13 i (298)).

Regionerne kan også vælge at indgå længerevarende kontrakter med private leverandører, fx i forbindelse med partnerskabsaftaler, hvor regionen og den private leverandør indgår et samarbejde om udførelsen af ydelser eller drift over flere år. I regional sammenhæng er der imidlertid kun få eksempler på længerevarende partnerskaber mellem en region og en privat leverandør eller et konsortium (s. 20-21 i (268)). Foruden aftaler omkring driften af praktiserende klinikker har regionerne for nuværende ikke eksisterende partnerskabsaftaler.

9.4 Effekt og resultat af regionernes udbudsaftaler

Målet med udbud er at konkurrenceudsætte sundhedsydelser for herigennem at sikre hurtig adgang til undersøgelser og behandling, styrke konkurrencen om kvalitet samt opnå økonomiske besparel-

ser. Brugen af udbud målt i forhold til de samlede udgifter til sygehusvæsenet er forholdsvis beskednen i forhold til de samlede sundhedsudgifter. Udgifter til behandling via udbud udgjorde således cirka ½ % af de samlede sygehusudgifter i 2016. Det er ikke her muligt at vurdere, om potentialet for konkurrenceudsættelse af sundhedsydelse via udbud er fuldt udnyttet ved det nuværende niveau. Potentialet kan ikke fastlægges ud fra teoretiske overvejelser, men skal i stedet afsøges via praktisk erfaring, hvor grænsen vil afhænge af faktorer som regionernes egen kapacitet, produktionsomkostninger, privathospitalernes kapacitet³³, nærheden til og antallet af private leverandører. Det kan dog konstateres, at der er stor variation mellem de enkelte regioner i, hvor mange sundhedsydelser de konkurrenceudsætter via udbud, jf. Tabel 9.1. Forskellen kan skyldes en række forskellige faktorer såsom regionernes individuelle strukturelle rammevilkår.

Foruden omfanget af sundhedsydelser, der konkurrenceudsættes, afhænger graden af konkurrenceudsættelse af antallet af bud i det enkelte udbud. Der findes ikke en samlet oversigt over antallet af bud i de enkelte udbud eller en oversigt over regionernes anvendte udbudsproces i de enkelte udbudsaftaler, herunder om den har været baseret på udbud eller direkte tilbudsindhentning. Rådet for Offentlig-Privat Samarbejde (ROPS) har imidlertid i 2015 ved brug af ti cases inden for fem forskellige sundhedsområder³⁴ beskrevet erfaringerne med at anvende private leverandører af sundhedsydelser via udbud på det regionale sundhedsområde (268). I alle på nær én af de ti undersøgte cases er konkurrenceudsættelsen sket via direkte tilbudsindhentning og forhandling. At dømme ud fra de ti cases synes direkte tilbudsindhentning således at være mere udbredt end udbud. Den mindre brug af udbud kan være et resultat af, at det potentielle antal leverandører generelt er beskednen. I analysen fra ROPS fremhæver en af regionerne således, at det ved mindre end fire potentielle leverandører kan være en fordel at forhandle med leverandørerne frem for at lave et decideret udbud (s. 39 i (268)). Direkte forhandling giver større fleksibilitet sammenlignet med traditionelle udbud, da der i førstnævnte tilfælde er mulighed for at ændre i kontrakten efter kontraktindgåelse, og endvidere er der mindre formelle krav til tilbuddene end ved udbud. Konkurrenceudsættelse behøver ikke at være mindre ved direkte tilbudsindhentning end ved udbud, men graden af konkurrence vil i høj grad afhænge af, hvordan tilbudsindhentningen tilrettelægges, og hvorvidt leverandørerne oplever, at der er pågår reel konkurrence (s. 38 i (268)). Graden af konkurrenceudsættelse afhænger også af antallet af bud. I de ti cases i ROPS-rapporten er der indhentet og modtaget mellem to og fem tilbud. Hvis casene er nogenlunde repræsentative for den generelle udbudsproces, må områderne overordnet vurderes at være konkurrenceudsat.

9.4.1 Økonomiske besparelser

Regionerne opnåede, jf. afsnit 9.2.1, store reduktioner i prisen ved udbud i suspensionsperioden for det udvidede frie sygehusvalg i forhold til den tidligere afregningsmodel. På daværende tidspunkt tog forhandlingerne om DUF-taksterne imidlertid udgangspunkt i de gældende DRG-takster, mens aftaletaksterne i dag fastlægges på baggrund af omkostningerne hos de mest effektive offentlige sygehuse – også kaldt referencetakster. De nuværende DUF-takster må således relativt set forventes at være lavere end under suspensionsperioden, hvorfor spændet mellem DUF- og udbudstaksterne alt andet lige må forventes at være mindre. Udbudstaksterne offentliggøres ikke, hvorfor det ikke er muligt direkte at opgøre forskellen mellem DUF- og udbudstaksterne, men at dømme ud fra opgørelser, som forskellige aktører har udarbejdet, opnås der imidlertid stadig betragtelige besparelser for regionerne ved udbud. Af baggrundsrapporten for "Udvalget for bedre incitament" fremgår

³³ Privathospitalerne må generelt forventes at have en vis overkapacitet for at kunne imødegå udsvingene i efterspørgslen hos forsikringspatienter, som generelt er lovet en kortere ventetid end det offentlige sundhedsvæsen. Overkapacitet vil generelt kunne tilbydes til priser langt under sygehusets gennemsnitsomkostning. En stor forskydning af aktiviteten fra offentlige til private hospitaler vil imidlertid betyde behov for kapacitetsudvidelse hos de private hospitaler med dertil hørende stigning i marginalomkostningerne (s. 16 i (282)).

³⁴ De fem sundhedsområder er: urologi, MR-scanninger, neurologi, øjenlægeydelser og ortopædkirurgi.

det således, at udbudstaksterne generelt ligger på et niveau fra 40 til 80 % af DUF-taksterne (s. 28 i (283)). Analyser fra Center for Politiske Studier (CEPOS) viser ligeledes, at udbudstaksten i 2012 udgjorde 54,4 % af DUF-taksten og cirka 43,1 % af DRG-taksten (s. 18 i (298)), mens udbudstaksten for MR-skanninger udgjorde 44,4 % af DUF-taksten og cirka 38,3 % af DRG-taksten (s. 7 i (311)). Det kan imidlertid diskuteres, hvorvidt DRG-taksten er et meningsfuldt benchmark for den aktivitet, der er under udbud. Hvis regionerne selv har kapacitet, må de kunne forventes at producere til langt under gennemsnitstaksten, og DRG-taksten er da ikke et rimeligt benchmark. Hvis regionerne omvendt kun benytter udbud i situationer, hvor de har kapacitetsproblemer, vil det være mere rimeligt at anvende DRG-taksten. Det er imidlertid ikke helt de samme typer af sundhedsydelser, som henholdsvis de offentlige og private sygehus udbydere (fx har privat hospitalerne ikke akutberedskab, uddannelsesansvar, forskningsforpligtigelse osv., som indgår i DRG-taksterne). Samlet set er DRG-taksten derfor et problematisk benchmark, men er dog anvendt her i mangel på bedre.

Udbudstaksten som andel af DUF-taksten indikerer, hvorvidt det umiddelbart rent økonomisk vil kunne betale sig at øge andelen af udbudspatienter for derved at reducere andelen af patienter under det udvidede frie sygehusvalg, mens andelen af DRG-taksten illustrerer prisen i forhold til den gennemsnitlige omkostning ved offentlige hospitaler. Besparelspotentialet kan imidlertid ikke udledes af disse angivelser af andele, da der også skal tages højde for transaktionsomkostninger. Med transaktionsomkostninger menes administrative omkostninger til at udarbejde og gennemføre udbud, kontraktindgåelse og løbende kontrol og opfølgning. Kun få studier i litteraturen har direkte forsøgt at prissætte transaktionsomkostningerne, men i litteraturen synes der at være enighed om, at der er betydelige transaktionsomkostninger forbundet med udlicitering (s. 46 i (312)). I en ny dansk undersøgelse af private virksomheders transaktionsomkostninger ved offentlige udbud baseret på en spørgeskemaundersøgelse findes, at sundheds- og ældrebranchen er den af de otte undersøgte brancher med de laveste transaktionsomkostninger i forbindelse med afgivelse af et tilbud (s. 41 i (313)). I gennemsnit udgør tilbudsomkostningerne for leverandørerne 1 % af kontraktværdien. Forfatterne gør dog selv opmærksom på, at beregningen er baseret på svar fra mindre end ti virksomheder, hvorfor resultatet er behæftet med betydelig usikkerhed. Af interview med regionerne foretaget af CEPOS fremgår det, at meromkostningerne til udbud mere end dækkes ved de resulterede gevinster ved kontrakterne (s. 17 i (298)). Det skal i denne sammenhæng understreges, at der også er administrative omkostninger ved offentlig produktion. Det er således forskellen i transaktionsomkostninger mellem forskellige organiseringsformer, som er interessant. Endvidere vil den første udbudsrunde være dyrere end de efterfølgende udbudsrunder.

De typisk lavere opnåede udbudstakster end ved de aftalte DUF-takster kan foruden det direkte konkurrenceudsættelse forklares ved, at privathospitalet, der vinder udbuddet, i udgangspunktet får flere patienter og derved bedre mulighed for tilrettelægge deres produktion. Hertil kommer forskel i forholdene, fx at regioner jf. loven under udbud har forsikringsforpligtigelsen, mens privathospitalerne har denne forpligtigelse under DUF. Den manglende brug af volumeaftaler, og dermed minimum-garantier for antal patienter, må imidlertid forventes at reducere gevinstpotentialet. Det reducerede gevinstpotentiale skal imidlertid sammenholdes med den risiko, som regionerne løber ved at stille en minimumsgaranti, og dermed risikoen for at efterspørgslen ikke bliver så stor som forventet. I rapporten fra ROPS peges der på, at regioner kan indsætte mekanismer i kontrakterne, der bidrager til at afdække volumenrisikoen, eksempelvis i forbindelse med afregningen. Dette kan bl.a. gøres ved at anvende en trappemodell i afregningen, som betyder, at regionens pris falder ved et øget antal patienter, der henvises til aftalen (s. 42 i (268)).

I rapporten fra ROPS tilkendegiver alle fem regioner, at samarbejdet med de private leverandører i de ti cases har medført de ønskede effekter forstået som, at kontrakterne har medført mere kapacitet i forhold til hurtig udredning og behandling, hvorved færre patienter overgår til det udvidede frie

sygehusvalg. Hovedparten af regionerne fremhæver endvidere, at de har opnået økonomiske besparelser som følge af kontrakten (s. 58 i (268)).

Ovenstående opnåede økonomiske besparelser skal ses i lyset af, at udbud i dag primært anvendes til at sikre overholdelse af det udvidede frie sygehusvalg og retten til hurtig udredning, og de opnåede økonomiske gevinster er således drevet af den styringsmæssige rammesætning, hvor regionerne alternativt vil skulle betale DUF-takst ved manglende samarbejdsaftale med et privat hospital, eller mellem-regional afregning, hvis patienten behandles i en anden region. Det kan imidlertid ikke direkte heraf udledes, at privathospitalernes udbudstakster er lavere end de offentlige takster, og dermed at der ved yderligere flytning af kapacitet fra offentlige til private hospitaler vil opnås lignende besparelser, da udbudstaksten her vil skulle sammenholdes med de offentlige hospitalers produktionsomkostninger. Endvidere vil der skulle tages højde for, at de nuværende udbudstakster ikke vil være direkte skalérbare ved en større flytning af aktivitet fra offentlige til private hospitaler, da dette ikke vil kunne blive dækket af eksisterende kapacitet hos de private leverandører. Udvidelsen af den private produktion vil således kræve investeringer i nyt produktionsudstyr og dermed potentielt øge omkostningerne (s. 16 i (282)).

Ved sammenligning af udbudstaksterne med DRG-taksterne skal der tages højde for, at de offentlige hospitaler og privathospitalerne er underlagt forskellige rammevilkår. De offentlige hospitaler har modsat privathospitalerne forpligtigelser i forhold til akutfunktioner, forskning og uddannelse, mens privathospitalerne eksempelvis har udgifter til købsmoms, lønsumsafgift, forrentning og afgifter (s. 11 i (311)). Indenrigs- og Sundhedsministeriet vurderede i 2007, at de offentlige merudgifter til akutfunktioner, forskning og uddannelse udgør 15-25 % af DRG-taksten (s. 53 i (274)), mens merudgifterne for privathospitalerne udgør 13 % af DRG-taksten (s. 55-58 i (274)). I CEPOS' analyse af regionernes udbud af MR-skanninger finder de, at 87 % af udbudstaksterne på MR-skanninger ligger under første kvartil i den omkostningsfordeling, der danner grundlag for beregning af DRG-taksten, og de konkluderer som følge heraf, at privathospitalernes udbudstakster i mange tilfælde vil være konkurrencedygtige med de offentlige takster, selv når der tages højde for de forskellige rammevilkår (s. 9 i (311)).

9.4.2 Kvalitet

Regionerne får via samarbejdsaftalerne i udgangspunktet mulighed for at give deres borgere hurtigere adgang til udredning og behandling, og samtidig giver det regionerne mulighed for at stille specifikke kvalitetskrav til de privathospitaler og klinikker, de indgår kontrakt med, hvilket er en forskel i forhold til fællesaftalerne under det udvidede frie sygehusvalg. Fællesaftalerne er alene baseret på mindstekrav til kvaliteten, hvilket betyder, at de private sygehuse og klinikker, som opfylder mindstekravene, har ret til at indgå aftaler med regionerne (punkt 94 i (288)). I 2009 udtalte Rigsrevisionen kritik af regionerne og Danske Regioners måde at følge op på kvaliteten af behandlingen udført af private leverandører for regionerne (288). På baggrund heraf oprettede Danske Regioners bestyrelse "Regionernes Kvalitetsorganisation" som et supplement til kravet om akkreditering efter Den Danske Kvalitetsmodel for sygehuse og Sundhedsstyrelsens tilsyn. Regionernes Kvalitetsorganisation har – ud over at sikre, at privathospitalerne overholder og lever op til kvalitetskravene i DUF-aftalerne – også til formål at sikre, at privathospitalerne løbende arbejder med kvalitetsforbedringer (314).

Antallet af databaser, der sammenligner kvaliteten på offentlige og private hospitaler, er beskeden. En opgørelse fra CEPOS – baseret på kvalitetsrapport af offentlige og private hospitaler for 2009 blandt de eksisterende databaser – viser, at privathospitalerne har lavere komplikations-, mortalitets-, reoperations- og genindlæggelsesrate, mens de offentlige hospitaler er bedre til at indberette

til databaserne (s. 9-10 i (298)). Data i opgørelsen er ikke justeret for patienternes sværhedsgrad, hvorfor det ikke på baggrund af analysen er muligt at konkludere noget om kvaliteten på privathospitaler sammenlignet med offentlige hospitaler.

9.5 Vurdering af fordele og ulemper ved regionernes udbudsaftaler

Udbud giver regionerne mulighed for at skabe konkurrence mellem private leverandører om markedet for levering af sundhedsydelser samt skabe et alternativ til offentlige sygehuse. Udbud af sundhedsydelser sker i dag primært for at sikre overholdelsen af det udvidede frie sygehusvalg og retten til hurtig udredning, og det er denne anvendelse, der danner afsæt for nedenstående vurdering af fordele og ulemper ved udbud.

Konkurrenceudsættelsen har, jf. afsnit 9.4.1, vist at reducere priserne, idet de opnåede udbudstakster typisk er væsentligt lavere end DUF-taksterne. Der mangler viden om de reelle transaktionsomkostninger ved at gennemføre udbud, men meromkostningerne til udbud synes at blive mere end dækket af de lavere priser i udbudskontrakterne. Især for mindre komplicerede sundhedsydelser synes der at være et økonomisk potentiale ved at inddrage private leverandører via udbud, hvor der er et større antal sundhedsydelser.

Ud over den direkte økonomiske gevinst ved de lavere udbudstakster end DUF-taksterne kan udbuddene også bidrage til en indirekte økonomisk effekt på DUF-taksterne, idet markedsafprøvnin-gen af taksterne i udbuddet indirekte kan danne afsæt for de forhandlede DUF-takster. Jævnfør afsnit 9.2.2 danner de såkaldte referencetakster afsættet for forhandlingerne om DUF-taksterne, men det må formodes, at viden om udbudstaksternes niveau også kan være en relevant information i DUF-takstforhandlingerne, hvilket alt andet lige må kvalificere regionernes forhandlingsgrundlag.

Foruden den økonomiske gevinst giver samarbejdsaftalerne regionerne mulighed for fleksibelt at udvide kapaciteten på områder, hvor de mangler kapacitet, og dermed mulighed for at tilbyde hurtigere behandling til deres borgere og hermed bedre grundlag for overholdelse af retten til hurtig udredning og det udvidede frie sygehusvalg. De private leverandører er typisk mere fleksible i forhold til arbejds- og behandlingstid, hvorfor de har lettere ved at tilpasse produktionen i spidsbelastningssituationer.

I et statusnotat om brugen af private hospitaler og klinikker (309) nævner Region Hovedstaden, at: "En yderligere fordel ved udbudsaftaler er, at antallet af samarbejdspartnere bliver mindre, men med en større volumen. Det giver muligheder for en tættere kontakt, opfølgning og tilpasning af samarbejdet", og dermed mulighed for opnåelse af bedre sammenhæng i den behandling, som patienterne modtager. Vigtigheden af inddragelse af regionens egne faglige medarbejdere på området; at der er forståelse for samarbejdet; at der er gensidig respekt og anerkendelse hos den offentlige afdeling og det private samarbejdshospital fremhæves endvidere som forudsætning for et godt samarbejde. Region Hovedstaden påpeger endvidere, at udbud giver mulighed for en tættere opfølgning i forhold til den kvalitet, der leveres, idet regionerne selv kan opstille kvalitetsparametre, som leverandøren skal kunne leve op til og dokumentere.

Ikke al aktivitet på sygehusene er egnet til konkurrenceudsættelse, jf. afsnit 9.2. For at opnå gevinsterne ved markedsudsættelsen er det endvidere afgørende, at antallet af udbydere ikke er for begrænset, da udbuddet ellers på længere sigt vil kunne fjerne konkurrencen i markedet og dermed forhindre nye leverandører i at komme ind på markedet. Region Hovedstaden nævner endvidere, at "... på områder med mindre behov for ekstra kapacitet eller meget vekslende behov skønnes det mere hensigtsmæssigt for såvel patienter som for den samlede ressourceudnyttelse at anvende

DUF-aftalerne” (309). Samtidig nævnes det at ”... udbud er mere forpligtende for begge parter og derfor nogle gange mindre fleksibelt i forhold til udsving i antal patienter. Derfor er det vigtigt, at udbudsaftaler indgås på områder med en erkendt manglende kapacitet gennem en vis periode” (ibid.).

Et argument imod at overdrage for meget aktivitet til private leverandører er manglende garanti for forsynings sikkerheden, idet der kan være øget risiko for, at privathospitalerne lukker, og at der dermed ikke er andre aktører til at varetage den pågældende sundhedsydelse. Dette synes dog ikke i praksis at have været et problem (s. 11 i (299)) – specielt ikke i lyset af det nuværende omfang af brugen af private leverandører.

Ved et mindre antal potentielle leverandører kan direkte tilbudsindhentning frem for udbud være at foretrække, da det giver større fleksibilitet i kontraktudformningen. Graden af konkurrence vil dog i høj grad afhænge af, hvordan tilbudsindhentningen tilrettelægges, og om leverandøren har en oplevelse af reel konkurrence. Mange af fordelene ved direkte forhandling kommer også umiddelbart leverandørerne til gode. Nogle leverandører oplever imidlertid, at den direkte tilbudsindhentning som en uigennemsigtig proces på grund af regionernes parallelle dialogmøder med forskellige leverandør (s. 37-38 i (268)).

Hvis afgivelsen af aktivitet til privatsygehusene ikke udelukkende erstatter aktiviteten, men også skaber ekstra aktivitet som følge af eksempelvis indikationsskred, vil dette have negative budgetmæssige konsekvenser for regionerne. Det kan eksempelvis ske, hvis de private leverandører er mere tilbøjelige til at foretage operationer af en given tilstand, end de offentlige sygehuse er.

Opsummerende vurdering af udbudskonkurrence

Klart formål: Det overordnede formål med udbud er at konkurrenceudsætte en givende ydelse for herigennem at opnå de økonomiske gevinster eller kvalitetsforbedring, som markedet kan give. Regionernes anvendelsen af udbud – og dermed konkurrenceudsættelsen af sundhedsydelser – er imidlertid generelt afgrænset til ydelser, hvor der er kapacitetsudfordringer i regionen.

Effekter: Der er indikation på, at regionerne kan opnå betragtelige besparelser ved udbud. Udbudstaksterne ligger generelt på et niveau fra 40-80 % af DUF-taksterne. Samlet set synes de resulterende besparelser ved udbudstaksterne at være større end meromkostningerne til udbud, hvorved udbud af sundhedsydelser som middel til at sikre overholdelse af det udvidede frie sygehusvalg og retten til hurtig udredning understøtter en omkostningseffektiv udnyttelse af regionernes ressourcer, hvor der er tale om et vist antal patienter.

Tyngden af instrumentet er relativt beskeden set i lyset af, at kun cirka ½ % af de samlede sygehusudgifter i 2016 gik til behandling via udbud.

Samspillet med øvrige styringsinstrumenter i sundhedsvæsenet: Udbud kan anvendes til at sikre overholdelse af ret til hurtig udredning og det udvidede frie sygehusvalg. Specialeplanen sætter rammen for det potentielle antal tilbudsgivere i forhold til højt specialiserede sundhedsydelser, da kun private sygehuse og klinikker, som er godkendt til varetagelse af højt specialiseret behandling i specialeplanen, kan indgå samarbejdsaftaler med regionerne. Der kan argumenteres for, at udmøntningen af produktivtetskravet på 2 % til regionernes sygehuse ikke har fremmet deres incitament til at afgive aktivitet til privathospitalerne, hvis den relevante aktivitet til udbud har lavere omkostninger end den gennemsnitlige aktivitet inden for de enkelte kategorier.

National styring og lokal tilpasning: Udbudsloven sætter de overordnede rammer for udbud af sundhedsydelser, suppleret af sundhedsloven. Jævnfør sundhedsloven er det eksempelvis ikke tilladt at sætte aftaletaksterne i udbud. Inden for de givende lovmæssige rammer har regionerne imidlertid frie rammer, dvs. der er ikke krav til, hvilke sundhedsydelser der sættes i udbud og ej heller til omfanget af brugen af udbud.

Opsummerende vurdering af udbudskonkurrence

Kræver styringsinstrumentets effektivitet understøttelse af data? Effektive udbud kræver understøttelse af efterspørgsel- og udbudsdata. Førstnævnte vil imidlertid ofte være behæftet med stor usikkerhed, mens regionerne forventes at have gode data på deres egen kapacitet. Endvidere er data for omkostningerne ved regionernes egen produktion ønskelig til kvalificering af udbudstaksterne, og data fra omkostningsdatabasen vil i varierende grad kunne understøtte dette behov. Når kontrakten er indgået, vil der være behov for løbende monitorering af den leverede kvalitet. Dette kan enten ske via nationale kvalitetsdatabaser eller ved specifikke kvalitetsmål specificeret i kontrakten.

Understøtter instrumentet en enkel og gennemskuelig styring? Regionernes nuværende primære brug af udbudsftaler som "bufferkapacitet" gør, at regionerne skal foretage en afvejning af, hvorvidt de skal gennemføre udbud eller nøjes med DUF-taksterne. Det er imidlertid ikke helt åbenbart for regionerne, hvornår man skal gøre det ene eller det andet. For de private leverandører er der uklarheder i forhold til udbudsproces og opfølgning herpå. Især i de tilfælde, hvor regionen i stedet for deciderede udbud vælger at indhente tilbud, kan tildelingskriterierne være uigennemskuelige.

10 Rammestyring inkl. budgetlov

Af Kjeld Møller Pedersen

Rammestyring anvendes på tre niveauer: stat-regioner, region-sygehus, sygehus-afdeling. Under rammestyring fastsætter det overordnede niveau den økonomiske ramme for det underliggende niveau – normalt med en række forudsætninger og forventninger, der er nedfældet i en kontrakt, som fx også kan være den årlige økonomaftale. Rammestyringen mellem stat og region udmøntes via de årlige økonomaftaler, som er udarbejdet inden for budgetlovens rammer. Rammestyringen mellem region og sygehus er i princippet ikke en del af den statslige styring af regionerne, men berøres dog også her, idet en hård budgetrestriktion fra region til sygehus hænger sammen med, hvor hård budgetrestriktionen er fra stat til region. Derfor skal sammenstyringen på de to niveauer ses i sammenhæng. Fremstillingsmæssigt vil der være tale om en delvis parallelfremstilling af rammestyring på de to niveauer.

Nedenstående boks giver et overblik over de centrale aspekter i forhold til rammestyring. I de følgende afsnit gives en mere detaljeret beskrivelse af (kontraktbaseret) rammestyring.

Centrale aspekter i forhold til rammestyring
<i>Definition</i>
Under rammestyring fastsætter den overordnede budgetramme for det underliggende niveau, fx staten for regionerne og regionerne for sygehusene og sygehusene for afdelinger. Til rammen er der normalt knyttet forskellige aktivitets- og kvalitetsmål, som hovedregel i form af en ikke-juridisk bindende kontrakt, som i stat-region-relationen er økonomaftalen.
<i>Formål</i>
Budgetoveroverholdelse kombineret med betydelig dispositionsfrihed for regioner og sygehuse i forhold til de faglige prioriteringer.
<i>Styringsinstrumenttype</i>
Økonomisk styringsinstrument.
<i>Centrale hensyn, der understøttes</i>
Den statslige rammestyring sikrer makroøkonomisk disciplin. Regionernes rammestyring af sygehusvæsenet giver omkostningseffektivitet og sikring af løbende effektivisering og realisering af gevinstpotentiale, opfyldelse af patientrettigheder og kvalitetsmål, forudsat at der er tale om en hård budgetrestriktion. Under kontraktstyring kan det politiske mål komme til udtryk i kontrakten og sikre en bedre arbejdsdeling mellem det politiske og det administrative niveau.
<i>Baggrund for indførelsen</i>
For at sikre budgetoverholdelse og begrænse udgiftsvækst. Rammestyring fra stat til region/amt har været brugt siden sidst i 1970'erne og administreret med varierende hårdhed i kravet om budgetoverholdelse. Budgetlovens klare formuleringer vedrørende statsunderskud og sanktioner er det ultimative udtryk for hårde centrale rammer. For amt/region-sygehus var rammestyring det altdominerende styringsinstrument fra 1985-cirka 2000 og er ved at vende tilbage i forbindelse med forskellige forsøg 2015-: 'Moderniseret rammestyring'.

Centrale aspekter i forhold til rammestyring
<i>Tilpasninger</i>
<p>Med dannelsen af regionerne i 2007 blev bloktilskuddet styringsmodel i forhold til regionerne med udmåling af tilskuddet baseret på bloktilskudsformlen og krav om stort set ubetinget budgetoverholdelse. Med budgetloven i 2012 blev der en særlig ramme/et loft for sundhedsvæsenet, og sanktionsloven understøttede overholdelse af rammen.</p> <p>For amt/region-sygehus startede det som ubetinget rammestyring i midt 1980'erne, dvs. uden kontrakt med aktivitets- og kvalitetskrav og udviklede sig fra 1993 til rammebudget med kontrakt ('mål- og rammestyring'). Forsøgene fra 2015- er baseret på en 'moderniseret' kontrakt, hvor overholdelse af patientrettigheder (ventetid m.m.) indgår som en vigtig del af kontrakten.</p>
<i>Anvendelsen i dag</i>
<p>Grundlag for finansloven og økonomiaftalerne.</p> <p>Rammestyring bruges for praktiske formål i psykiatrien, mens der i somatikken i stigende omfang arbejdes med moderniseret kontraktstyring, hvor rammestyringen udmøntes med mindre fokus på aktivitets- og produktivitetsvækst.</p>
<i>Dokumenterede effekt</i>
<p>Der er meget få forskningsmæssige evalueringer af rammestyring stat-region, medens der er et par studier af effekten af at gå fra rammestyring til aktivitetsbaseret styring i amterne/regionerne. Praksis viser, at rammestyringen af regioner og sygehuse har ført til næsten ubetinget budgetoverholdelse, ligesom den løbende produktivitetsvækst i regionerne har været mulig at realisere med udgangspunkt i rammestyringen.</p> <p>Ser man på rammestyring af sygehuse, er der historisk ikke noget, der tyder på, at rammestyring giver ringere eller bedre resultater vedrørende produktivitet, aktivitet og kvalitet end et system med fx aktivitetsbaseret afregning.</p>
<i>Implikationer for regionernes styring</i>
<p>Rammestyring er en effektiv overordnet bindende budgetrestriktion for sundhedsvæsenet. Brugen af rammestyring region-sygehus bidrager stærkt til, at regionerne kan overholde de statslige budgetrammer, der er resultatet af økonomi- og finanslovsaftaler. Både rammen fra stat til region og fra region til institution skal være hårde for at have effekt. Dette opnås i dag for praktiske formål ved hjælp af sanktionslovgivningen tilknyttet de aftalte økonomiske rammer, mens rammen region-sygehus implementeres via det hierarkiske ledelsessystem. Et centralt element for den positive virkning er, at der er frirum til prioritering på regionalt niveau.</p>
<i>Fordele</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Makroøkonomisk disciplin og budgetoverholdelse - Løbende aktivitets- og produktivetsforbedringer - Mulighed for eksplicit politisk prioritering via kontrakter/økonomiaftaler - Går ikke ud over kvaliteten - Administrativt simpelt og robust system
<i>Ulemper</i>
<ul style="list-style-type: none"> - I regionerne er der uklarhed om grundlaget for beregning af rammen for sygehuse, mens grundlaget for udmålingen af de enkelte regioners ramme er klar: bloktilskudsformlen. Grundlaget for den samlede ramme til regionerne var indtil budgetloven uklar, men med budgetloven blev den meget klar. - Den regionsinterne ramme for de enkelte sygehuse kan forekomme uflexibel i forhold til rammetilpasning i løbet af budgetåret (men i princippet ikke over flere budgetår). Se dog sidste 'fordelspunkt' ovenfor. - Fremmer ikke samarbejde (mellem afdelinger, sygehuse, kommuner, almen praksis). Det er dog uklart, om det eventuelt hæmmer samarbejdet.

10.1 Formålet med rammestyring

Hovedformålet med rammestyring er at sikre budgetoverholdelse. Med en hård budgetrestriktion (315-324) og dertil hørende dispositionsfrihed for regioner og sygehusledelser sikrer rammestyring både makroøkonomisk budgetoverholdelse for hospitalsvæsenet og (relativ) efficient hospitalsdrift med vækst i såvel aktivitet som produktivitet, som antagelig har været de underforståede følgemål uden nogensinde at have været formuleret eksplicit på denne måde.

Den statslige rammestyring af regionerne er forbundet med betydelig dispositionsfrihed inden for rammerne af budgetsamarbejdet/økonomiaftalen, dog ikke for hovedparten af midlerne i finanslovs-aftalerne, der er øremærkede, jf. kapitel 11 om øremærkede bevillinger. Den statslige styringsramme for regionerne forhandles årligt med regionerne i forbindelse med økonomiaftalen inden for de rammer, som budgetloven tillader.

10.2 Budgetlov som rammesætter

Budgetloven blev vedtaget i maj 2012. Budgetloven er et finanspolitisk instrument med budgetlofter for stat, regioner og kommuner. Loven har til formål at sikre balance eller overskud på de samlede offentlige finanser og en hensigtsmæssig udgiftsstyring i stat, kommuner og regioner. Loven skal øge den finanspolitiske disciplin i overensstemmelse med EU's finanspagt fra 2012, der blev vedtaget i kølvandet på den verdensomspændende recession i 2008-2009 og den efterfølgende europæiske statsgældskrise, men forud for dette havde man dog været på udkig efter et instrument for at forbedre udgiftsstyringen. Ifølge den danske budgetlov må der ved forelæggelsen af ethvert finanslovsforslag højst være et underskud på den strukturelle saldo på ½ % af BNP.

Med Budgetloven blev der indført fem fireårige udgiftslofter for størstedelen af de ikke-ledighedsrelaterede offentlige udgifter:

- Et for kommunale driftsudgifter
- To for regionale driftsudgifter (henholdsvis sundhed og udviklingsopgaver)
- Et for statslige driftsudgifter
- Et for statslige udgifter til indkomstoverførsler (ekskl. udgifter til ledighedsrelaterede udgifter).

Udgiftslofterne betyder – i kombination med sanktioner mod kommuner og regioner, hvis de overskrider aftalerne med regeringen – at sandsynligheden for udgiftsskred er reduceret (325). Der er ligeledes sanktioner ved overskridelse af udgiftsloftet for staten. Der kan omprioriteres inden for budgetloftet mellem stat, regioner og kommuner, fx i forbindelse med de årlige økonomiaftaler.

Som en del af den samlede budgetlovsaftale blev det aftalt, at Det Økonomiske Råds formandskab to gange årligt i rapporterne om Dansk Økonomi vurderer, hvorvidt de vedtagne lofter er i overensstemmelse med de finanspolitiske målsætninger. Formandskabet foretager bl.a. en vurdering af sammenhængen mellem udgiftslofter og den strukturelle saldo. Derudover vurderes det, hvorvidt de planlagte udgifter holder sig inden for udgiftslofterne

Stat, kommuner og regioner er underlagt forskellige økonomiske sanktionsmekanismer, der supplerer den aftalebaserede styring af kommuner og regioners økonomi samt den planlagte udgiftsudvikling i staten. Sanktionsmekanismerne i kommuner og regioner er indført ved lov (326). Sanktionerne er gradvist indført fra 2009 og er gennem årene løbende blevet tilpasset – senest i forbindelse med vedtagelsen af budgetloven i 2012 (327). Der er sanktioner, hvis budgetterne ligger over loftet, og igen, hvis regnskabet ligger over budgettet

Overordnet set gælder det, at sanktionerne træder i kraft, hvis kommuner/regioner under ét overskrider de aftalte rammer for deres budgetter eller regnskaber. Sanktionerne består af såvel individuelle som kollektive nedsættelser af bloktilskuddet til henholdsvis kommunerne og regionerne.

I alt 1,5 mia. kr. af det regionale bloktilskud er gjort betinget af, at regionerne budgetterer i overensstemmelse med de aftalte udgiftsrammer. 1 mia. kr. er betinget af, at regionerne budgetterer netto-driftsudgifterne inden for rammerne, mens 0,5 mia. kr. er betinget af, at anlægsudgifterne budgetteres inden for rammerne (328).

Hvis de regionale regnskaber viser, at regionerne under ét har overskredet deres budgetter, nedsættes bloktilskuddet tilsvarende. 40 % af nedsættelsen fordeles på alle regioner i forhold til udgiftsbehovet, mens 60 % fordeles mellem de regioner, der har overskredet deres budgetter. Bestemmelserne herom fremgår af §§ 3 og 6 i lov om regionernes finansiering, jf. lov nr. 584 af 18/06 2012.

Budgetloven administreres i dag som tiltænkt ved lovens vedtagelse. Det er primært et makroøkonomisk finanspolitisk instrument. Loven er væsentlig for forståelsen af de økonomiske rammer for sundhedsvæsenet (loftet for de regionale sundhedsudgifter), hvorfor de er så stramme som tilfældet er, og hvorfor de stort set ikke afviges i budgetåret. Loven er forudsætningen for den hårde budgetrestriktion for regionerne kombineret med de gældende sanktionsmuligheder.

Budgetlovens tydelige fokus på finanspolitisk disciplin betyder, at budgetloven reelt føres videre ud på sygehuse og afdelinger. Dermed har budgetloven stor betydning for den efterfølgende økonomistyring, hvor rammestyring af regionens institutioner er den dominerende styringsmodel.

10.3 Baggrunden for rammestyring

Rammestyringen af amterne/regionerne var og er dikteret af makroøkonomiske hensyn og afspejler de finanspolitiske mål og betingelser for at sikre samlet finanspolitisk balance. I et økonomisk system med betydelig decentralisering er rammestyring et relevant styringsinstrument, som typisk administreres med brug af en hård budgetrestriktion.

Rammestyringen af amter/regioner har rod i budgetsamarbejdet (aftalesystemet) (329-331) og går tilbage til starten af 1970'erne efter kommunalreformen, hvor kommunerne og amterne fik store velfærdsopgaver. Hovedproblemet var, hvordan kommunernes og amternes aktivitet kunne afpasses med regeringens finanspolitik. I starten blev der indgået årlige aftaler om rammer for investeringer og lån. Fra 1980 har man stort set hvert år indgået aftaler mellem regeringen og de kommunale parter om rammerne for den samlede kommunale og amtslige økonomi baseret på makroøkonomiske hensyn og som således er hovedbegrundelsen for aftalerne stat-region og den hårde budgetrestriktion.

I dag fordeles den forhandlede statslige budgetramme til regionerne som bloktilskud, hvor regionernes alderssammensætning vægtes med 80 %, og socio-økonomiske forhold indgår med 20 %.

Rammestyring af sygehusene kom af budget- og bevillingsmæssige årsager først i fokus fra midten af 1980'erne. Frem til begyndelsen af det nye årtusinde dominerede rammestyring. I perioden fra 2002-2015 blev rammestyringen suppleret med takststyringsmodeller, hvor aktivitetsmål og produktivitetsskrav var i fokus. I perioden fra 2014/2015 er der stigende fokus på rammestyring som model for styringen af økonomien.

De første faser af rammestyringen skal man se i tæt sammenhæng med budget- og regnskabssystemet og dertilhørende bevillingsregler. Det var lempelser heraf, der fra 1986 førte til, hvad man i dag betegner som rammestyring for forholdet amt/region-sygehuse.

Produktivitetsudvalget (332) noterede i 1984, at sådan som sygehusvæsenets økonomisystemer hidtil havde været opbygget, havde ledelsen været underkastet en stærkt centraliseret bevillingsstyring. Det afgørende – for det politiske udvalg og forvaltningen – var imidlertid, at det samlede budget blev holdt, ikke detailstyringen på fx udgiftsarter. Med detailstyringen var der kun i ringe omfang tilskyndelse til at foretage en dynamisk tilpasning af driften inden for den givne budgetramme på sygehusene.

Derfor foreslog udvalget, at *"forlade det centraliserede system til fordel for et system, hvor sygehusets driftsbudget er et rent rammebudget. Ved indførelse af et system med rammebudgetter for sygehusene vil bindingerne på udgiftsarter i almindelighed kunne ophæves"* (s. 72-73 i (332)) (nærværende forfatteres fremhævnning).

Som en konsekvens af moderniseringen af det statslige regnskabs- og budgetteringssystem, moderniseringsprogrammet i øvrigt og Produktivitetsudvalgets betænkning m.m. blev *mindstekravet til bevillingsafgivelse* med virkning fra 1. januar 1986 hævet til hovedfunktionsniveau og åbnede derfor for rammestyring.

Den tidligere hovedregel om *bruttobevillinger* blev også lempet. Bruttobevillingsprincippet indebar (indebærer), at bevillingerne gives til udgifter og indtægter hver for sig, således at større indtægter ikke uden tillægsbevilling giver adgang til at afholde større udgifter. Fra 1986 blev der udarbejdet en positivliste, der angav, hvilke udgiftsområder amtsrådene havde adgang til at give *nettobevillinger*. Herved forstås bevillinger, hvor der er en sådan sammenhæng mellem udgifter og indtægter, at forøgede udgifter modsvares af forøgede indtægter af samme størrelse, eller formindskede indtægter modsvares af tilsvarende mindre udgifter. Nettobevillinger kan anvendes, når der fx er tale om biaktiviteter eller indtægtsdækket virksomhed. Af eksempler på indtægtsdækket virksomhed kan nævnes kostleverancer fra sygehuse og vask fra sygehusvaskerierne, fx for plejehjem – noget som regionerne i øvrigt ikke må.

Anskues moderniseringsreformen i forhold til stat-amt-(region)-forholdet, kan man se det som statens forsøg på dels at fastholde de statslige rammer i overensstemmelse med budgetsamarbejdet, dels at give amterne (regionerne) friere dispositionsrammer som modydelse for en hård central rammestyring.

10.3.1 Rammestyringens faser i amter/regioner

År 1986-1993: Ubundne rammebudgetter i amterne

Som nævnt ovenfor blev bevillingsniveauet i 1986 hævet til hovedfunktionsniveau, ligesom andre bindinger blev ophævet, bl.a. blev der indført mulighed for nettobudgettering og overførsel af overskud/underskud fra år til år.

Dette blev startskuddet til egentlige rammebudgetter, dvs. sygehusene fik en fast budgetramme med ganske få bindinger, typisk vedrørende overførelse af lønmidler til øvrig drift. Det er normalt dette, man forstår ved rammebudgetter. Kravet var ofte en næsten ubetinget overholdelse af budgetrammen, en såkaldt 'hård budgetrestriktion' (315-317,319) – noget, som blev understøttet af hårde budgetrestriktioner i de årlige økonomiaftaler mellem amterne og regeringen. I 1987 var der fx et krav om deponering af overskridelsen i Nationalbanken.

Ideen med de ubundne rammebudgetter var, at de større økonomiske frihedsgrader ville føre til bedre ressourceudnyttelse, samtidig med at budgettet blev overholdt. Overordnet blev det således set som en styrkelse af incitamenterne til bedre økonomisk drift af sygehusene.

Budgettet var ikke direkte koblet til (forventede) aktiviteter (output). Budgetteknisk var der i betydelig grad tale om marginalbudgettering (inkrementel budgettering), hvor afsættet er forrige års budget.

Vedrørende en styrkelse af incitamenten bestod de alene i flere frihedsgrader og dermed bedre rammer for driftsoptimering uden snærende bevillingsmæssige bindinger. Der var altså hverken personlige (økonomiske) incitamenten (bortset fra eventuel tilfredsstillelse ved at kunne drive et sygehus eller en afdeling bedre), ligesom sygehuset som helhed ikke fik incitamenten i form af fx budgetmidler i forhold til aktiviteter eller bonus mv. Når rammebudgetter i praksis viste sig at være fremmende for såvel aktivitet som produktivitet, hænger det utvivlsomt sammen med kravet om ubetinget budgetoverholdelse – ofte med underliggende fyringstrussel for sygehusledelsen, hvis der var vedvarende overskridelser og et ønske om at behandle flest mulige patienter.

I perioden blev der gradvist indført afdelingsbudgetter på mange sygehuse, dvs. en decentralisering af det økonomiske ansvar internt på sygehusene. Afdelingsbudgetterne var rammebudget for afdelingen. Det skete bl.a. på baggrund af anbefalingerne i Produktivitetsudvalgets rapport fra 1984 (332) og i Lotz-betænkningen om amtskommunalt udgiftspres og styringsmuligheder fra 1987 (333).

År 1993-2000/2001: Rammestyring med kontrakt

I 1993 indførte Fyns Amt som det første amt kontraktstyring af sygehusene, og året efter fulgte Nordjyllands og Storstrøms Amter efter (334). Kontrakter ændrede ikke ved, at der fortsat var tale om en bindende økonomisk ramme (rammebudget), men det specificeres, hvad der forventes realiseret med det til rådighed værende budget, dvs. aktivitet, servicemål m.m. Kontrakten indeholdt også ofte en angivelse af, hvad der skete, hvis et højere eller lavere aktivitetsniveau end det i kontrakten forudsatte blev nået. Man kan sige, at man nærmer sig en mere output-orienteret budgetteringsform med bevægelsen mod specificerede aktiviteter.

Kontrakten er ikke en kontrakt i traditionel forstand, hvorved man forstår en juridisk bindende aftale, som begge parter tilslutter sig. Kontrakten er heller ikke (nødvendigvis) et resultat af en enstemmig afgørelse eller ligeværdig forhandlingsproces.

Rammestyring med kontrakt kan tolkes ud fra principal-agent-teorien, hvor kontrakten er med til at mindske informationsasymmetrien mellem principal og agent, især hvis førsteudkastet til kontrakten kommer fra sygehuset (agenten). Kontrakten er med til at mindske principal-agent-styringsproblemet ved at fokusere på principalens mål og agentens efterlevelse af dem. På mange måder (334) var kontrakterne med til at også at sætte fokus på de politiske bevillingsgivere og deres mulighed for at påvirke styringen.

Rammestyring med kontrakt er også blevet kendt som mål- og rammestyring.

År 2002-2016: Rammestyring med aktivitetsbaseret afregning

DRG kom for alvor på banen omkring 2000 og kom til at dominere frem til 2015, hvor man begyndte at se forsøg med de gammelkendte rammebudgetter med moderniserede kontrakter med bl.a. overholdelse af patientrettigheder. I hele perioden med DRG var der fortsat en overordnet rammestyring, dvs. en samlet budgetramme for region og regionens sygehuse. Det nye var, at en rammen blev 'udfyldt' med mindst 50 % aktivitetsbaseret betaling for sygehusene aktivitet.

Begrundelsen for den stigende brug af aktivitetsbestemt afregning er, at man sammenlignet med mål- og rammestyring forventer én eller flere af følgende virkninger: højere aktivitet, højere produktivitet og mere generelt øget fokus på opfyldelse af produktionsmål og øget omkostningsbevidsthed.

Sygehusene fik økonomisk incitament til at øge deres produktion med indførelsen af aktivitetsbestemt afregning ved, at de fik mulighed for at generere en større indtægt i takt med øget aktivitet – dog i praksis begrænset af afregningslofter/samlet budgetramme/rammebudgettet.

Aktivitetsbaseret afregning blev drevet frem af to forhold: dels troen på, at aktivitetsbaseret afregning indeholder stærkere incitamenter til at øge volumen og produktivitet end rammestyring (med eller uden kontrakt), dels behovet for en mekanisme, der kunne sikre, at pengene fulgte fritvalgspatienterne inkl. under det udvidede frie sygehusvalg, hvor de fulgte med til privathospitalerne.

År 2015 – Forsøg med rammestyring og moderne kontrakter

Med økonomiaftalen for 2016, indgået juni 2015, blev det besluttet, at de enkelte regioner skulle igangsætte forsøg på udvalgte områder med at udvikle og afprøve nye styrings- og afregningsmodeller med afsæt i værdibaseret styring (335). Centralt i initiativet var ønsket om, at samfundet skulle opnå større sundhedsværdi pr. brugt krone – underforstået, at det ikke var tilfældet tidligere – samtidig med, at patienter og borgere skulle blive (endnu) mere tilfredse med sundhedsvæsenet. En række regioner var dog allerede gået i gang, bl.a. Region Midtjylland.

Det karakteristiske for forsøgene er, at de alle ses som modsætning til aktivitetsbaseret afregning uden forståelse for, at der langt hen ad vejen er tale om en tilbagevenden til rammebudget med (moderniseret) kontrakt, hvor moderniseringen bl.a. består i, at der også skal leves kvalitetsmål for sundhedsgevinsten

Ny styring

I forsøget med Ny Styring i Region Midtjylland satte man den aktivitetsbaserede afregning ud af kraft i en toårig forsøgsperiode med start i 2014. Den kortfattede beskrivelse af projektet lyder:

"I stedet for aktivitetsstyring efter DRG-værdi vil styringen i projektet i stedet være med afsæt i overholdelse af budgetrammen, opfølgning på aktiviteten med mål som antal unikke cpr-numre, opfyldelse af kvalitets- og servicemålene, herunder udredningsretten, ventetider m.m. samt en række nye patientnære mål, som afdelingerne selv har været med til at udvælge" (336-338).

Projektet er blevet italesat som uddelegering af styring (338) og som en del af tankerne bag værdibaseret styring (336). Hertil skal bemærkes, at uddelegeringen alene bestod i, at forsøgsafdelingerne selv kunne fastsætte nogle af styringsmålene, men at de i forhold til det samlede antal styringsmål udgjorde et mindretal og ikke drejede sig om måling af sundhedsstatus, ligesom uddelegering af det økonomiske styringsansvar hverken blev større eller mindre sammenlignet med aktivitetsstyring. Derfor er det i nærværende sammenhæng mest retvisende at tale om **rammestyring kombineret med 'moderniseret kontrakt'**, hvor moderniseringen består i, at styringsmålene drejer sig om opfyldelse af patientrettigheder (ventetider til operation, udredningsret, overholdelse af pakkeforløb), produktivitetskrav m.m. samt et mindre tal selvvalgte mål på afdelingsniveau.

Forsøget er blevet evalueret (339) i et før-efter-design. I modsætning til de teoretiske forventninger blev det ikke påvist, at afdelingerne havde højere målopfyldelse på de selvvalgte styringsindikatorer sammenlignet med centralt fastlagte indikatorer. Der var heller ikke tale om et aktivitetsfald, og budgetoverholdelsen ændrede sig heller ikke, jf. senere afsnit om empiriske erfaringer med styringsinstrumentet.

Udviklingshospital Bornholm

Det overordnede formål med Udviklingshospital Bornholm er at fritage hospitalet fra sædvanlig aktivitetsafregning i perioden 2016-2018 ud fra en hypotese om, at det vil skabe større incitament til at tilrettelægge sundhedsvæsenets ydelser efter, hvad der skaber værdi for patienterne (340).

Tænkningen er bl.a., at fritagelsen fra aktivitetsafregning vil reducere den opmærksomhed, der er på aktivitet som styringsmål og til gengæld skabe en mulighed for at fokusere på, hvilke ydelser der er af værdi for patienterne baseret på en underforstået hypotese om, at der i dag gives ydelser, som ikke skaber værdi, men primært anskues som indtægtskabende. Der er ydermere igangsat otte projekter vedrørende forskellige aspekter af værdibaseret styring.

Uanset italesættelsen af projektet som værdibaseret styring (hvad der skaber værdi for patienterne) er der grundlæggende tale om et forsøg, hvor aktivitetsbaseret afregning erstattes af rammestyring. Hospitalet er fritaget for produktivitetskravet men skal leve op til fx patientrettigheder (ventetider m.m.).

Tænkningen bag at forlade takststyringsmodellen til fordel for et rammebudget er således, at det vil tage fokus væk fra aktivitet og dermed i nogle tilfælde undgå ikke-værdiskabende aktivitet og frisætte kræfter til forbedringer. Det er ikke muligt at finde en mere præcis beskrivelse af 'forventningsmodellen'. I KORAs evalueringsrapport (341) bruges Porters model (342) for det værdibaserede sundhedsvæsen som forståelsesramme. Det er imidlertid en meget bred og udflydende model (335).

Forsøget bliver videnskabeligt evalueret. Den første devaluering fokuserer på Udviklingshospital Bornholms første år, der startede 1. februar 2016 (341). Hovedspørgsmålet var, om fritagelsen fra takststyring har haft betydning for hospitalets aktivitet og for den måde, hospitalet ledes og administreres på. I evalueringen gjorde man brug af både registerdata og interview, og udviklingen på Bornholms Hospital blev sammenlignet med Nordsjællands Hospital, Hillerød.

I analysen ses på perioden 2013-2016 for henholdsvis Bornholms og Nordsjællands Hospitaler. Der redegøres for evalueringsresultaterne i afsnit 10.5.3.

Den syddanske økonomiske styringsmodel

Fra januar 2017 til medio 2018 er 30 afdelinger fordelt på alle sygehusmatrikler i Region Syddanmark blevet en del af et forsøg med rammestyring med populationsansvar (343,344). Alle de fælles akutmodtagelser i regionen er omfattet, og de øvrige afdelinger fordeler sig på kirurgi, medicin og psykiatri, som dog allerede havde rammestyring. Afdelingerne er blevet fritaget for krav om et bestemt aktivitetsniveau, hvilket understøtter, mener man, muligheder for forandringer i behandlingsparadigmer, jf. projektbeskrivelsen. Populationsansvaret betyder kort fortalt, at den enkelte afdeling får en fast pose penge i stedet for at blive afregnet for den aktivitet, der er i afdelingen. Men samtidig er afdelingen forpligtet til at sikre, at alle de borgere, den har ansvaret for, får den behandling, de har brug for.

Forsøget bliver evalueret.

10.4 Anvendelsen af rammestyring i dag

De statslige rammer for regionerne fastlægges fortsat i økonomiaftalerne, men efter strukturreformen i 2007 har regionerne ikke ret til skatteudskrivning. Fordelingen af den aftalte ramme til regionerne fordeles efter bloktilskudsformlen, hvor 80 % afhænger af alderssammensætningen og 20 %

efter socio-økonomiske kriterier. Sammenlignet med amtstiden er der alt andet lige tale om en hårdere budgetrestriktion, fordi amterne kunne udskrive skat, om end der dog i økonomaftalerne blev formuleret stramme grænser for denne mulighed, normalt et samlet loft for amterne under ét. Hertil kommer konsekvenserne af budget- og sanktionsloven.

Ubetinget og kontraktbaseret rammestyring bruges for praktiske formål ikke længere i det somatiske sygehusvæsen, hvis man ser bort fra budgetrammen for aktivitetsbaseret afregning, mens det er den hyppigst anvendte model i behandlingspsykiatrien, hvor man samtidig taler om 'ydelsesstyring', dvs. man registrerer, hvilke ydelser der leveres (ligesom i somatikken).

Men i en række af de forsøg, der er igangsat fra 2014 og frem, genfinder man imidlertid den kontraktbaserede rammestyring, som ovenfor er kaldt 'rammestyring med moderniseret kontrakt', hvor moderniseringen består i, at der også måles på, om patientrettigheder opfyldes. Uanset italesætning i retning af værdibaseret styring m.m. er der grundlæggende tale om genopfindelse af kontraktbaseret styring tilpasset udviklingen siden 2000.

10.5 Effekt og resultat af rammestyring

Den statslige rammestyring er i regionstiden strammere end i amtstiden, fordi regionerne alene finansieres af bloktilskud og den statslige aktivitetspulje med et fast loft. Regionerne overholder for praktiske formål økonomaftalerne – og i de senere år er denne overholdelse understøttet af budgetloven og de hertil knyttede sanktioner.

Med hensyn til effekten af rammestyring (med/uden kontrakter) i amterne/regionerne kan der skelnes mellem perioden fra midt 1980'erne til begyndelsen af årtusindet og forsøgene fra 2014/2015 og frem. Med hensyn til den første periode er der primært tale om kvalitative ekspertvurderinger, mens der for den sidste periode er tale om kvantitative analyser.

10.5.1 Empiri vedrørende den statslige rammestyring af regionerne

Der foreligger ikke traditionelle empiriske undersøgelser af effektiviteten af den statslige rammestyring, dvs. om økonomirammerne holder, eller i hvilket omfang lokale prioriteringer udfoldes forskelligt. Impressionistisk kan det noteres, at økonomirammerne som hovedregel overholdes – altså at der ikke i betydeligt omfang er givet bevillinger ud over, hvad økonomaftale og finanslovsaftale tilsiger. I den forstand er den ønskede effekt om budgetoverholdelse opnået.

10.5.2 Rammestyring sammenlignet med aktivitetsbaseret afregning: tre undersøgelser

To af de tre nedenstående undersøgelser kan ikke påvise, at aktivitet og produktivitet under aktivitetsbaseret afregning er højere end under rammestyring. Det er vigtigt at pointere, at evalueringerne alene fokuserer på effekterne af produktiviteten, mens eventuelle forskydninger i den kliniske prioritering mv. ikke er belyst i de tre undersøgelser. Udfordringen ved en sammenligning mellem aktivitetsbaseret afregning og rammestyring er, at aktivitetsbaseret afregning i Danmark primært har været brugt i perioder med høj vækst i sundhedsvæsenets udgifter. Det kan være vanskeligt at adskille effekterne af den økonomiske vækst og styringen, hvorfor der her alene ses på produktiviteten.

Den mest stringente empiriske vurdering af forskellen mellem aktivitetsbaseret afregning og rammebudget er foretaget af Bech, Jørgensen og Pedersen i 2006 (345). Analysen har den fordel, at

man på grund af sammenligningen på én og samme gang ser på både rammestyring og aktivitetsbaseret afregning.

Formålet med undersøgelsen var at undersøge, om produktiviteten steg mere i perioden med (mindst 20 %) takstafregning end i de foregående perioder med rammebudgetter, samt om produktiviteten er steget mest i amter med høj grad af aktivitetsbestemt afregning.

Grundhypotesen var, at aktivitetsbestemt afregning fremmer produktiviteten sammenlignet med rammebudgetter, samt at højere grad af aktivitetsbestemt afregning fremmer produktiviteten.

Konkret blev det undersøgt, om produktivitetstigningen i perioden 2002-2004 var større end i perioden 1996-2001. Perioden 2002-2004 er valgt, da det er denne periode, hvor delvis aktivitetsbestemt afregning for alvor blev indført som afregningsform, mens den foregående periode i hovedsagen er karakteriseret ved næsten 100 % rammebudgetter. Hovedkonklusionen var, at det ikke overbevisende kunne vises, at anvendelse af aktivitetsbaseret afregning førte til højere produktivitet end under rammestyring.

I diskussionen af resultatet nævnes, at en samtidig embedsmandsrapport med en evaluering af takststyring (346) kom frem til en anden konklusion, altså en højere produktivitet med aktivitetsbaseret afregning. I den videnskabelige analyse blev der dog undersøgt en længere årrække, og ved hjælp af forskellige regressionsmodeller blev der søgt kontrolleret for relevante forskelle amterne imellem, hvilket ikke var tilfældet i embedsmandsrapporten. Pr. implikation satte analysen derfor også spørgsmålstegn ved, hvad der ville være vundet ved på dette tidspunkt at forøge den takstfinansierede andel af sygehusenes budget fra 20 til 50 %. I praksis bliver der ikke fulgt op på aftalen. Aftalen blev indgået med Amtsrådsforeningen og altså ikke med Danske Regioner, hvorfor der også stilles spørgsmålstegn ved dens gyldighed, og i praksis har aftalen ikke nogen betydning længere.

I diskussionen nævnes endvidere, at empiriske studier i andre lande heller ikke gav noget klart billede af, om produktiviteten bliver forbedret ved overgang fra traditionelle rammebudgetter til (øget) aktivitetsbaseret afregning.

DSI, Dansk Institut for Sundhedsvæsen, offentliggjorde januar 2006 en rapport med resultatet fra en evaluering af ordningen med mindst 20 % aktivitetsbaseret afregning (347). Fire amter blev undersøgt med 15 interview på forvaltnings-, sygehus- og afdelingsniveau.

Om aktiviteten hedder det:

"Aktiviteten er på landsplan steget med 3,5 % i takststyringens første år, men ... afviger ikke fra aktivitetsstigninger i tidligere år ... takststyring har næppe medført nogen nævneværdig forøgelse i sygehusvæsenets aktivitet. Aktivitetsstigningen skal således ikke ses som et resultat af indførelse af økonomiske incitamenter..." (s. 8 i (347)).

Vedrørende spørgsmålet om øget produktivitet konkluderes det:

"... takststyringen har indtil ikke forstærket den indsats væsentligt" (s. 9 i (347)).

I den summariske følgeskrivelse, der fulgte med DSI-rapporten, hed det, at *"den meget korte konklusion er: Takststyringen på sygehusene har måske ikke gjort så meget gavn, men den har heller ikke gjort nogen skade"*.

I maj måned 2005 udgav Indenrigs- og Sundhedsministeriet m.fl. den ovenfor nævnte evaluering af takststyringen på sygehusområdet (346). Hovedvægten i rapporten var ændringen i 2004, der også var udgangspunktet for DSI-rapporten, om end afsættet i en række tilfælde tages i 2002.

For aktiviteten var konklusionen, at:

"Undersøgelsen viser, at indførelse af takststyring har haft en positiv effekt på udviklingen i aktiviteten på sygehusene. ... Væksten i produktionsværdien har således tilsyneladende fået et nyt løft efter indførelsen af kravet om minimum 20 % takststyring i 2004" (s. 18 i (346)).

Den tilsvarende konklusion vedrørende produktivitet lød:

"Undersøgelsen viser, at omkostningsproduktiviteten på sygehusene har udviklet sig positivt efter indførelsen af takststyring. ... Kombinationen af takststyring og patienternes frie valg til sygehusbehandling har således bidraget til at øge produktiviteten generelt i sygehusvæsenet" (s. 19 i (346)).

Ovenfor er der nævnt en række forbehold vedrørende disse konklusioner, men hovedfundet er altså, at det er svært at vise, at rammestyring sammenlignet med aktivitetsbaseret afregning selvstændigt påvirker produktivetsudviklingen på sygehusene.

10.5.3 Resultater fra forsøg med rammebudgetter fra 2015 og frem

Det er meget begrænset, hvad der kan konstateres af effekter i forhold til det fornyede fokus på rammestyring.

Evalueringen af Ny Styring i Region Midtjylland (339) viste to ting. For det første, at man ikke fandt tegn på, at hospitalsafdelingerne præsterer bedre på mål, de selv har valgt at styre efter. For det andet var aktivitetsvæksten i forsøgsperioden på niveau med den foregående periode. Det samme gjaldt for budgetoverholdesen.

Første års evaluering af Udviklingshospital Bornholm (341) viste i et før-efter-design med Nordsjællands Hospital som sammenligningshospital, at:

"Den kvantitative analyse viser, at der i 2016 er sket en opbremsning i aktiviteten på Bornholms Hospital, hvorimod der på Hillerød Hospital ses en fortsat vækst i aktiviteten.

Når vi kigger på, hvad der konkret er sket af ændringer i aktiviteten på Bornholms Hospital, ses det, at der er sket en reduktion i produktionsværdien for akutte stationære behandlinger, mens der er sket en stigning i den elektive stationære og ambulante behandling. Resultaterne viser endvidere, at antallet af unikke cpr-numre er faldet med hensyn til stationære behandlinger på Bornholms Hospital, mens det er steget med hensyn til ambulante behandlinger" (s. 51 i (341)).

Den korte evalueringsperiode i evalueringen samt et underliggende fokus på aktivitet/DRG i forhold til regionens overordnede styring gør, at det endnu er vanskeligt at konkludere håndfast om effekterne af forsøgene med rammebudgetter fra 2015 og frem.

Rammestyring i psykiatrien

Psykiatrien har altid haft rammebudgetter (som hovedregel med kontrakter). Man har aldrig brugt DRG-systemet, om end der er udviklet et system for voksenpsykiatrien. Derfor kan psykiatrien bruges til en meget grov afprøvning af, hvad der sker i et rammestyret område.

Den årlige vækst i aktivitet har været tæt på 4 % i årene 2012-2016. Ventetiden er faldet, og den gennemsnitlige behandlingsudgift pr. patient er ligeledes faldet. Tilfredsheden blandt indlagte patienter er steget fra 2012-2016 (348). I sagens natur er der ikke sammenlignet med aktivitetsbaseret afregning, men der illustreres dynamik under rammestyring.

Den eneste undtagelse fra rammebudgetter har været ambulante besøg i voksenpsykiatrien i Region Syddanmark, hvor der har været brugt en aktivitetsbaseret betalingsmodel, hvis udformning vi imidlertid ikke kender i detaljer. Her var aktivitetsniveauet fra 2012 til 2016 uændret (indeks 100) (ibid).

10.5.4 Udenlandske undersøgelser af rammestyring (global budgets) vs. aktivitetsstyring og overordnet rammestyring

Med hensyn til rammestyring fra centralmyndigheden peger erfaringerne på, at meget afhænger af, om budgetrestriktionen er hård og dermed skal overholdes.

Det er meget udfordrende at overføre resultater fra udenlandske undersøgelser om henholdsvis rammestyring og mere aktivitetsbaseret økonomisk styring, fordi de institutionelle rammer ofte er meget forskellige, og fordi der ofte ikke forud for DRG-styring var tale om rammestyring. Da man i Tyskland fx gik bort fra sengedagsbaseret finansiering til DRG, kan erfaringerne i sagens natur ikke bruges til noget. Tilsvarende ved overgang til DRG for Medicare og Medicaid i USA var der tale om regningsbaseret afregning. I de skandinaviske lande er der ikke foretaget mange gode analyser. Inden for det seneste par år er der kommet lotteribaserede analyser fra USA. Hovedresultatet var enten ingen forskel mellem de to ordninger eller en svag tendens til mindre forbrug under rammestyring sammenlignet med DRG-baseret afregning (349,350).

10.6 Vurdering af fordele og ulemper ved rammestyring

Set ud fra et makroøkonomisk perspektiv er rammestyring i kombination med budgetloven et effektivt og administrativt styringsinstrument, der sikrer budgetoverholdelse.

I forholdet region-sygehus har rammebudgetter med kontrakter en række *fordele*. For det første budgetoverholdelse – forudsat at budgetrestriktionen er hård kombineret med vækst i aktivitet og produktivitet – forudsat stigende patienttilgang, bl.a. som resultat af løbende driftsoptimering på grund af budgetpresset.

Et tredje og ofte overset forhold er, at rammestyring internt i regionerne er nemt at administrere og rimelig transparent. Rammebudgetter kræver dog mere ledelsesinvolvering end fx aktivitetsbaseret afregning, da fx flytning af midler mellem områder kræver direkte ledelsesmæssig involvering.

Det er svært at pege på ulemper ved den makroøkonomiske rammeside. For så vidt angår regions-sygehus-relationen kan det på *ulempesiden* noteres, at budgetterne normalt ikke reguleres i løbet af året, hvis de bagvedliggende aktivitetsforudsætninger ændres. Men afhængig af udmålingsregler kan det tilpasses mellem budgetår, men det peger på en mangel derved, at der savnes en eksplicit mekanisme for udmåling af budgetrammen bl.a. for at sikre, at den forekommer retfærdig og rimelig for sygehusene.

Opsummerende vurdering af rammestyling

Klart formål: Er simpelt og klart både makroøkonomisk og internt i regionerne: budgetoverholdelse og løbende procesoptimering samt overholdelse af øvrige aftaleforudsætninger, herunder udvikling i nationale kvalitetsmål mv.

Effekten af den makroøkonomiske rammestyling har været budgetdisciplin, især efter budgetlovens indførelse i 2012, og udstrakt hensyn til finanspolitisk balance; rammestylingen internt i regionerne har ført til løbende aktivitetsforøgelse og produktivetsforbedringer. Uden dokumentation kan det noteres, at rammestyling per se ikke fremmer sammenhæng med kommuner og almen praksis.

Samspillet med øvrige styringsinstrumenter i sundhedsvæsenet behøver ikke at give problemer, hvis præmissen for budgetloven generelt accepteres, og hvis økonomirammen tilpasses fx ved nye (omkostningskrævende) kliniske retningslinjer mv. Kombinationen rammestyling og øremærkede bevillinger kan give problemer, hvis de øremærkede bevillinger er meget detaljerede med hensyn til konkrete aktiviteter, fordi det lokale råderum indskrænkes.

National styring og lokal tilpasning: Universelle krav med høj detaljeringsgrad og tæt monitorering giver mindre mulighed for lokal tilpasning, lokal handlefrihed og prioritering. Forudsætningen for rammestylingen er, at der er betydelige frihedsgrader – med respekt for øvrige aftaleforudsætninger.

Kræver styringsinstrumentets effektivitet understøttelse af data? Rammestyling kræver ikke omfattende data, medmindre at kontrakten – og især den 'moderne' kontrakt – kræver det, og dette styres i princippet af bevillingsgiveren og lovgivning om patientrettigheder. Udmåling af rammen kræver ikke nye data, i det omfang det sker ved hjælp af et skygge-DRG-system, der af andre årsager, fx afregning for fritvalgspatienter på tværs af regioner, alligevel skal eksistere parallelt med rammestylingen.

Understøtter instrumentet en enkel og gennemskuelig styring centralt såvel som decentralt? Rammestyling er en administrativ enkel og gennemskuelig styringsmodel centralt såvel som decentralt.

11 Puljer, øremærkede/formålsbestemte bevillinger

Af Kjeld Møller Pedersen

Dette kapitel beskriver brugen af puljer, øremærkede/formålsbestemte bevillinger, dvs. bevillinger, hvor målrettethed og målopfyldelse i varierende grad monitoreres. Det er tale om statslige bevillinger til regionerne, som giver staten betydelig grad af styring af midlernes anvendelse ved hjælp af mere eller mindre detaljerede angivelser af, hvad der skal igangsættes, samt eventuelt opfølgning. Der er ofte tale om bevillinger til nye initiativer, fx de forskellige kræftplaner og handleplaner i øvrigt. I forhold til de samlede sundhedsbevillinger er der tale om procentvis små bevillinger i forhold til de samlede offentlige sundhedsbevillinger.

Boksen nedenfor giver et overblik over de centrale aspekter ved puljer, øremærkede/formålsbestemte bevillinger. I de følgende afsnit gives en mere detaljeret beskrivelse.

Centrale aspekter i forhold til puljer, øremærkede/formålsbestemte bevillinger
<i>Definition</i>
Der er tale om øremærkede bevillinger, når det a) eksplicit anføres, hvad en bevilling er begrundet med/rettet mod, b) kombineret med en mere eller mindre detaljeret angivelse af indhold, ligesom der c) kan være tale om én eller anden form for opfølgning. Punkterne a) og b) skal være opfyldt, mens c) er en option, der ofte udtrykker den politiske vægt, som aktiviteten tillægges. Øremærkede bevillinger stammer fra satspuljen, finanslovsaftaler og økonomiaftaler.
<i>Formål</i>
Øremærkede bevillinger sikrer, at bevillingsgivers mål og ønsker med bevillingen bliver fulgt forudsat præcis angivelse af aktivitetsmæssigt indhold og eventuel opfølgning.
<i>Styringsinstrumenttype</i>
Økonomiske styringsinstrument.
<i>Centrale hensyn, der understøttes</i>
Øremærkede bevillinger understøtter statslig formålsbestemt anvendelse af bevillinger.
<i>Baggrund for indførelsen</i>
Politisk ønske om at sikre at regeringens/Folketingets ønsker føres ud i livet af regionerne/amterne svarende til bevillingsgivernes ønsker.
<i>Tilpasninger</i>
Anvisninger i forbindelse med de øremærkede bevillinger er gradvist blevet mere detaljerede, fx med afsæt i handlingsplaner, rapporter og betænkninger.
<i>Anvendelsen i dag</i>
Anvendes ofte i forbindelse med finanslovsaftaler og altid ved satspuljeuddelinger. Samlet set drejer det sig om 1-3 % af de samlede offentlige sundhedsudgifter og kan i enkeltår udgøre betydelig del af den prioriterede samlede vækst.
<i>Dokumenterede effekt</i>
De øremærkede bevillinger i satspuljen og finanslovsaftalerne har fungeret som startskud for en række centralt initierede planer og initiativer: kræftplaner, ventetidsgarantier, handlingsplaner for psykiatri m.m.

Centrale aspekter i forhold til puljer, øremærkede/formålsbestemte bevillinger
<i>Implikationer for regionernes styring</i>
Øremærkede bevillinger indskrænker regionernes dispositionsfrihed/handlerum på sundhedsområdet for at sikre efterlevelse af regeringens og Folketingets mål. Det årlige omfang svarer til 1-3 % af bevillingerne, men det betyder, at 'nye penge' til regionsinitierede nye aktiviteter er beskedne.
<i>Fordele</i>
Bevillingsgiver sikrer, at centralt vedtagne eller initierede aktiviteter bliver igangsat som ønsket (afhængig af detaljeringsgrad af bevillingsbetingelserne).
<i>Ulemper</i>
Bevillingsmodtager oplever indskrænkning af handlerum og færre midler til at igangsætte egne, nye initiativer, fordi nye bevillinger er disponeret på forhånd. Derudover kan der være administrative byrder ved opfølgning og monitorering af øremærkede midler afhængigt af den konkrete udmøntning.

11.1 Formålet med formålsbestemte bevillinger (øremærkede bevillinger)

Formålsbestemte bevillinger bruges til at sikre, at bevillingsgivernes mål og ønsker med bevillingen bliver forfulgt. Bevillingerne bliver (hurtigt) en del af det almindelige, ikke-øremærkede bevillingsgrundlag, mens de bagvedliggende aktiviteter og eventuelt monitorering fortsætter.

Det kan være vanskeligt helt præcist at afgøre, hvornår der er tale om øremærkede bevillinger, men her er det tilfældet, når det a) eksplicit anføres, hvad en bevilling er begrundet med og rettet mod, b) kombineret med mere eller mindre detaljeret angivelse af anvendelsesområder, ligesom der c) kan være tale om én eller anden form for opfølgning.

For at kunne tale om øremærkede bevillinger skal punkterne a) og b) være opfyldt, mens c) er en option, der kan være udtryk for den politiske vægt, som området tillægges. Der kan være tale om løbende opfølgning som ved kræftpakkerne, eller periodisk, som fx ved Kræftplan II (351) eller i forbindelse med psykiatri-bevillinger fra satspuljen (352) og Sundhedsstyrelsens redegørelse "Børne- og Ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse" fra 2001. Der sker også i varierende grad opfølgning på det decentrale niveau, fx af midler fra Satspuljen, men som på det centrale niveau er der ikke tale om en systematisk indsats for at følge op.

Kræftplan IV er et mønstereksempel på en øremærket bevilling, hvor punkterne a) og b) er opfyldt: klar angivelse i finanslovsaftalen og detaljeret angivelse af, hvad planen omfatter (353), forudgået af en faglig udredning i Sundhedsstyrelsen (354). Da det er et mønstereksempel, betyder det, at langt fra alt, hvad der omtales som øremærkede bevillinger nedenfor, lever op til eksemplet.

Statslige midler til regionerne som følge af det udvidede totalbalanceprincip DUT (355), som indebærer, at staten kompenserer kommuner og regioner for kommunale og regionale udgiftsændringer som konsekvens af bl.a. ny lovgivning, regelændringer m.m. opfattes ikke som øremærkede midler. I Økonomiaftalen for 2008 hedder det, at "Der er enighed om, at DUT-princippet omfatter nye regler, bindende vejledninger m.v. fra de centrale sundhedsmyndigheder, men ikke merudgifter til nye behandlingsmetoder og teknologisk udvikling, uanset at Sundhedsstyrelsen yder faglig rådgivning i forbindelse med indførelsen". I princippet er DUT en slags øremærket bevilling, men inddrages alligevel ikke her, fordi det er en del af det almindelige budgetsamarbejde, samtidig med at udgiftskrævende initiativer fra Sundhedsstyrelsen, når der er tale om nye behandlingsmetoder og teknologisk udvikling, er undtaget fra DUT.

11.1.1 Baggrunden for formålsbestemte bevillinger

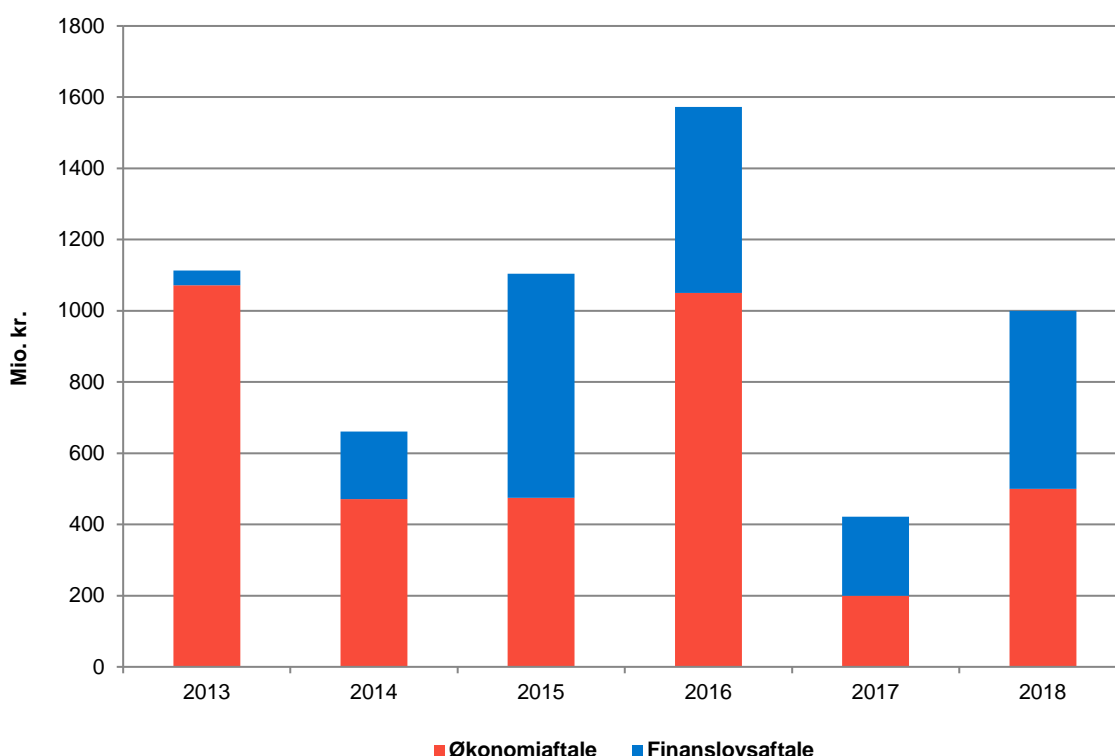
Formålsbestemte (øremærkede) bevillinger bruges som nævnt for at sikre, at bestemte initiativer bliver igangsat. Der er tale om bevillinger fra stat til regioner.

Formålsbestemte bevillinger indgår i tre sammenhænge: satspuljen, finansloven og i forbindelse med de årlige økonomiaftaler. Midlerne i satspuljen er næsten pr. definition øremærkede, endda for sundhedsrådets vedkommende med primært sigte mod psykiatrien. Øremærkning forekommer i forbindelse med finanslovsaftalerne og undertiden i forbindelse med økonomiaftalerne. Finanslovsaftalerne bruges ofte af forligspartierne til at synliggøre parternes forskellige mærkesager. Det samme gælder for satspuljen.

I forhold til de samlede bevillinger til sundhedsområdet er summen af de årlige formålsbestemte bevillinger begrænset. Afhængig af år er der sjældent tale om mere end sammenlagt 1-3 % af de offentligt finansierede sundhedsudgifter, dog højere på visse områder, bl.a. psykiatrien, men det betyder, at 'nye penge' ofte er belagt med klausuler om anvendelsesområde/aktivitet, typisk som startskud til nye initiativer, fx kræft- og hjertesatsning, ventetidsgarantier samt forskellige handleplaner og resultat af betænkninger. Som hovedregel bliver midlerne til almindelige, ikke-øremærkede bevillinger, mens monitoreringen undertiden fortsætter.

Figur 11.1 viser sammensætningen af merbevillinger fordelt på henholdsvis økonomiaftale og finanslovsaftaler for 2013-2018.

Figur 11.1 Ekstra midler i henholdsvis økonomiaftalerne og finanslovsaftalerne (ØA og FL) i mio. kr.



Formålsbestemte bevillinger rejser en række problemstillinger, hvoraf spørgsmålet om detaljeringsgrad – og dermed graden af regional bundethed ved administrationen af bevillingen – og opfølgning af, om midlerne bliver brugt som intenderet, er det centrale, kombineret med om bevillingerne er eller bliver permanente.

Der er sjældent tale om en systematisk obligatorisk opfølgning. Det sker ad hoc, efter aftale og eventuelt med brug af eksisterende monitoreringssystemer.

I finanslovsaftalen for 2008 hed det således, at "Partierne er enige om at afsætte 33 mio. kr. i 2008, 8 mio. kr. i 2009 og 5 mio. kr. årligt i 2010-2011 fra kvalitetspuljen til opfølgning og monitorering af implementeringen af pakkeforløb, ventetider mv. samt udvikling af takstsystemet". Finanslovsaftalen for 2016 havde en speciel opfølgingsklausul med krav om revisorpåtegnet regnskab, der dokumenterede, at midlerne var blevet anvendt til svangreomsorgen i 2016 og 2017 [... 50 mio.kr til fødeafdelingerne]. Den konkrete udmøntning skulle drøftes med aftaleparterne. Opfølgingskravet skal utvivlsomt ses i lyset af betydelig politisk interesse omkring bevillingen. Undertiden sendes der blot signal om, at man vil følge udviklingen uden at angive hvordan, eller om der faktisk vil blive tale om eksplicit opfølgning. I finanslovsaftalen for 2002 indførtes, hvad der senere er blevet kendt som baseline og en aktivitetspulje ('Løkkepuljen'). Det hed lakonisk, at regeringen og Dansk Folkeparti var enige om at følge udnyttelsen af ordningen nøje for at sikre, at målene nås, nemlig nedbringelse af ventetider.

Opfølgningen kan være baseret på eksisterende monitoreringssystemer, men fører til øget opmærksomhed om pålideligheden og anvendeligheden af disse systemer. To eksempler illustrerer dette.

Før det udvidede frie sygehusvalg fulgte Sundhedsstyrelsen også ventetider, men det fik større aktualitet med indførelse af det udvidede frie sygehusvalg i 2002, som giver patienterne mulighed for efter 2 måneders ventetid at blive behandlet på privathospitalerne for offentlig regning, jf. kapitel 8. Det førte både til en skærpelse af registreringspraksis og fokus på definition af ventetid, fx henholdsvis bagud- og fremadrettet ventetid samt erfarede ventetider (356-358). I finanslovsaftalen for 2016 blev der afsat 320 mio. kr. i 2016 og 300 mio. kr. årligt fra 2017 og frem til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient, herunder en akutpakke målrettet nedbringelse af overbelægning på sygehusene. Dette førte naturligvis til øget opmærksomhed omkring den eksisterende statistik om overbelægning, og definitionen af overbelægning og gav anledning til offentlig debat (359). På Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside hed det ultimo december 2017, at offentlige sygehuse fra 2014 har registreret antal disponible og normerede sengepladser og antal patienter på daglig basis. Disse tal benyttes bl.a. til at opgøre belægning og dage med overbelægning. "Data bygger på en ny indsamlingsmodel og registreringspraksis i regionerne, som fortsat er under indfasning, hvorfor data skal fortolkes med forsigtighed" (360).

Aftaler om øremærkning bliver naturligvis også implementeret uden formel opfølgning. I økonomiaftalen for 2010 blev der afsat 100 mio. kr. til øget intensiv kapacitet (flere intensivsenge) uden aftale om eksplicit opfølgning. Tjek-up i tre regionale budgetter viser, at der efterfølgende blev budgetteret med øget kapacitet.

En gennemgang af finanslovsaftalerne fra 2000-2017 viser, at brugen af formålsbestemte bevillinger ligger stabilt på et sted mellem 0,5-1,5 mia. kr. pr. år. I perioden er de største beløb afsat til de forskellige kræftplaner, startende i 2000 og med afbrydelser fortsat frem til 2017 med Kræftplan IV, hvor der for årene 2017-2020 blev afsat samlet 1,1 mia. kr. Beløbene skal dog ses i sammenhæng med det samlede årlige løft på sundhedsområdet: Økonomiaftale og finanslovsaftale, jfr. Figur 11.1.

11.1.2 Satspuljen

Den gældende satsreguleringsordning blev indført ved lov nr. 385 af 13. juni 1990 om en satsreguleringsprocent (satsreguleringsloven).

Pengene i satspuljen går til indsatser og projekter på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet og skal anvendes til at forbedre vilkårene for overførselsindkomstmodtagere og svage grupper.

Beløbet varierer fra år til år, men ligger normalt mellem 800-1.000 mio. kr. årligt, jf. Bilagstabel 1.1. Aftalen om midlerne i satspuljen bliver vedtaget i Folketinget som en del af finanslovsaftalen. I 2017 havde satspuljen samlet set en kumulativ ramme på godt 14 mia. kr. (361).

De årlige satspuljeaftaler forhandles hvert efterår af de partier, der har tilsluttet sig satspuljeforliget (362). Forliget blev til i 1993, og siden har flere partier tilsluttet sig, og i dag står kun Enhedslisten udenfor.

De politiske forhandlinger foregår i oktober, og aftalen om fordelingen af pengene i satspuljen for det kommende år bliver indgået ultimo oktober til medio november og bliver indskrevet som en del af årets finanslovsaftale. Satspuljemidlerne fordeles ved enighed mellem satspuljepartierne.

Finansministeriet vedligeholder en projektoversigt for midler bevilget fra satspuljen, hvoraf det fremgår, om der er tale om midlertidige eller permanente bevillinger og tilhørende relevante finanslovs-konti (363).

Administrationen af de mange ordninger og underliggende projekttilskud fra satspuljen har, siden ordningen blev etableret, udviklet sig til en relativt omfattende opgave for ministerierne og de mange modtagere af puljemidler. Finansministeriet har det overordnede ansvar for forvaltningen af satspuljen. Ministeriet har bl.a. ansvaret for at beregne det årlige beløb, der er til politisk forhandling, mens 10 ministerier udmønter midler fra satspuljen og bl.a. har ansvaret for at følge op på de tilskud, der er bevilget inden for deres respektive områder (364).

11.1.2.1 Satspuljen og sundhedsområdet

På sundhedsområdet er det primært psykiatrien, inkl. midler til behandling af personer med spiseforstyrrelser og stofmisbrugere, der får støtte fra satspuljen – og på det seneste også demensområdet, som fik nogle af midlerne til den nationale handlingsplan for demens 2017-2015. Det springende punkt er, hvad en udsat gruppe er og som nu fremadrettet også synes at omfatte demente. Der er ikke nedfældede retningslinjer for, hvad der præcist forstås ved udsatte grupper.

En opgørelse af satspuljer til sundhedsområdet baseret på bilaget til de årlige finanslovsaftaler viser, at der i gennemsnit for perioden 2000-2018 gik 15 % til psykiatrien med 2000, 2003, 2007 og 2015 som højdespringere med mellem omkring 31-42 % af årets satspulje, hvorfor de umiddelbart efterfølgende år havde en meget lav andel til psykiatrien. En opgørelse for perioden 2007-2010 viste, at satspuljebevillinger som andel af nettodriftsudgifter inden for psykiatrien (i procent) var steget fra 3,9 % i 2007 til 9,3 % i 2010 (tabel 1 i (365)). I 2003 finansierede satspuljebevillingerne ca. 2,5 % af de samlede nettodriftsudgifter, jf. rapport fra KREVI i 2011 (365).

Hvilke konkrete aktiviteter, der skal igangsættes for satspuljemidler, tager ofte afsæt i handlingsplaner for psykiatrien (366) eller betænkninger (367).

Et tilbagevendende tema i forbindelse med satspuljemidler og psykiatrien har været, om der er tale om midlertidige eller permanente bevillinger. I nævnte rapport fra KREVI noteres, at flere og flere satspuljebevillinger tildes permanent (365). Endvidere bemærkes, at der er sket en relativt større tilførsel til børne- og ungdomspsykiatrien sammenlignet med voksenpsykiatrien set i forhold til de to specialers samlede udgiftsniveau i perioden 2007-2010. En gennemgang af Finansministeriets projektliste frem til i dag peger på det samme. Der er enkelte midlertidige bevillinger, som typisk er

forsøg eller pilotprojekter og typisk drejer sig om mindre beløb, fx 'Pulje til pilotprojekter om brugerstyrede senge i psykiatrien' eller 'Forsøg med ambulante akutteams i den regionale psykiatri', mens fx 'Forankring og fortsat udbygning af børne- og ungdomspsykiatrien' med ca. 70 mio. kr. årligt er permanent og tilsvarende for 'Undersøgelles- og behandlingsret i børnepsykiatrien' med 280 mio. kr. årligt. Permanente bevillinger fordeles til regionerne efter bloktilskudsnøglen. De midlertidige puljer udmøntes på baggrund af konkrete ansøgninger til Sundhedsministeriet. Midlerne bevilges således til konkrete projekter, hvor Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse følger op på projekterne ved bl.a. aflæggelse af regnskab ved projektets ophør. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har således ansvaret for opfølgning på de midlertidige puljer.

Rigsrevisionen publicerede i 2015 en rapport om satspuljen (364). Finansministeriet havde dog allerede i 2014 nedsat en task force (368), der dækkede nogle af de samme forhold som Rigsrevisionens rapport, som blev udarbejdet på Rigsrevisionens eget initiativ.

Formålet med undersøgelsen var at vurdere, om tre ministerier, herunder Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt Finansministeriet, havde en tilfredsstillende og gennemsigtig forvaltning af satspuljen. Analysen gav svar på to spørgsmål:

- Sikrer Finansministeriet en tilfredsstillende forvaltning af satspuljen, herunder et validt grundlag for den årlige opgørelse af satspuljen?
- Følger Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold, Beskæftigelsesministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse op på, hvad satspuljen anvendes til?

I forhold til dette kapitels problemstilling er det centrale i Rigsrevisionens beretning fraværet af systematisk opfølgning i forbindelse med svaret på det sidste spørgsmål, om end den præcise karakter af opfølgningen ikke drøftes. For eksempel følges udredningsretten i psykiatrien systematisk af Sundhedsdatastyrelsen. Udredningsretten for psykiatriske patienter trådte i kraft september 2014.

Med hensyn til det sidste spørgsmål konkluderede Rigsrevisionen, at den opfølgning på satspuljeordningerne, som de tre ministerier har gennemført, varierer alt efter bevillingstype.

Hvad angår lovbundne bevillinger og bloktilskud, sker der primært en overordnet opfølgning på de aktiviteter, der finansieres af puljemidlerne. Ministerierne kan ikke følge det direkte forbrug af de satspuljemidler, der kanaliseres ud som bloktilskud eller lovbundne bevillinger. Rigsrevisionen noterede, at set i lyset af, at de lovbundne bevillinger og bloktilskud udgør 74 % af satspuljens samlede anvendelse, er det væsentligt at være opmærksom på, at der ikke sker en specifik opfølgning på anvendelsen af disse bevillingstyper. Det konkrete forbrug af satspuljen for disse bevillingstyper kan ikke følges, og det er udelukkende en mere overordnet opfølgning på aktiviteten og den generelle udvikling på området, som ministerierne følger. Rigsrevisionen kunne endvidere konstatere, at ministerierne siden etableringen af satspuljen ikke havde foretaget en tværgående evaluering af den samlede satspulje, herunder om ordningerne samlet set lever op til formålet med satspuljen – dvs. bidrager til forbedring af vilkårene for overførselsindkomstmodtagere og svage grupper på social-, sundheds- og beskæftigelsesområdet.

I et opfølgingsnotat fra 2017 (369) noterer Rigsrevisionen, at der med finansloven for 2016 skete ændringer i regelsættet for satspuljen, bl.a. en præcisering af, at der fremadrettet følges op på det faktiske forbrug ved bevillinger med videreførelsesadgang, hvor det er regnskabsmæssigt eller fagligt muligt. Egentlig indholdsmæssig opfølgning nævnes dog ikke. I satspuljeforhandlingerne for 2017 besluttede man at afsætte 1,5 mio. kr. til udvikling af et metodeværktøj til tværgående evalueringer af satspuljen. Værktøjet skal give mulighed for at vurdere satspuljens samlede anvendelse på tværs af ministerområder.

11.1.3 Finanslovsaftalerne

Finanslovsaftalerne 2000-2018 er gennemgået systematisk af forfatteren til kapitlet. Der tegner sig følgende billede: Nye bevillinger, dvs. forøgelse af tidligere års samlede bevillinger, er stort set alle øremærkede mere eller mindre detaljeret. Over den betragtede periode har kræft og behandlingsgarantier domineret, og på småtingssiden er der bl.a. midler til udbygning af hospicekapaciteten.

Som eksempel betragtes 2000- og 2017-aftalerne, mens der kun er enkelte nedslagspunkter i de mellemliggende år. Det centrale bliver at bemærke øremærkede midler til strategiske initiativer med enten et grundigt forarbejde før eller i forlængelse af finansaftalen kombineret med opfølgning, jf. definitionen af øremærkede midler.

I 2000 indgik der i finanslovsaftalen en driftsbevilling til Kræftplan I med knap 500 mio. kr. og startmidler til mammografiscreening. Der var en krydshenvisning til økonomiaftalen, hvor der var blevet aftalt 850 mio. kr. til (kræft)udstyr. Der indgik en relativ klar henvisning til indholdet af Kræftplan I: "Den konkrete udmøntning af en styrket kræftindsats aftales med udgangspunkt i kræftstyregruppens handlingsplan og forhandles efterfølgende med amterne/HS inden for rammerne af sygehusaftalen" (s. 29 i (370)). Det nævnes også, at der blev afsat 750 mio. kr. fordelt over en treårig periode som en videreførelse af Sundhedsministeriets psykiatripulje, der støttede forbedringer af de fysiske rammer på sygehusene og kvalitetsudvikling, forskning, uddannelse mv., samt videreførelse af Socialministeriets pulje til botilbud mv. for sindslidende. Men indsatsen skulle finansieres af satspuljen.

Finanslovsaftalen for 2017 indeholdt midler til Kræftplan IV, svarende til godt 500 mio. kr. pr. år i 2017-2020. Indholdsmæssigt blev der henvist til plandokumentet for Kræftplan IV (371). Det hed videre, at "Prioriteringen kommer ud over tiltag på kræftområdet i Aftale om satspuljen for 2017-2020 for i alt 331 mio. kr. samt tidligere prioriterede løft til kræftudredningen på 680 mio. kr. for 2017-2020" (s. 10 i (372)). Aftaleparterne var endvidere enige om at afsætte i alt 980 mio. kr. i 2017-2020 til øget kapacitet på kræftområdet. Heraf skulle 500 mio. kr. i 2017-2020 gå til indkøb af nyt apparatur til at diagnosticere og behandle borgere med kræft. De resterende 480 mio. kr. afsættes til øget behandlingsskapacitet på kræftområdet. Det blev endvidere afsat 177 mio. kr. til styrket fokus på patienters rettigheder og faglig udvikling og fokus på patientovergang mellem sygehus og hjemkommune, hvor der især henvises til økonomiaftalen med KL, hvor der blev afsat ca. 77 mio. kr. til bedre patientforløb for kronikere (i øvrigt uden mere præcise anvisninger vedrørende det præcise indhold) (372).

Både i 2000- og 2017-aftalen vedrørende kræft var der klare retningslinjer for midlernes anvendelse og opfølgning, hvor opfølgningen både skete periodisk og fra 2008 også forgik løbende (ventetider for kræftpakker). Den ovenfor nævnte kræftstyregruppe blev nedsat i 1998 i regi af Sundhedsstyrelsen og nedlagt i august 2015 (373) og erstattet med Sundhedsstyrelsens Udvalg for Kræft.

Set som eksempel på øremærkede midler er kræftmidlerne baseret på velfunderet faglig rådgivning, hvor regionerne var inddraget, hvilket langt fra altid er tilfældet – dels som medlemmer af Kræftstyregruppen og Udvalget for Kræft, dels ved tilblivelsen af det faglige grundlag for Kræftplan IV. Sundhedsstyrelsens Kræftstyregruppe havde til opgave at rådgive Sundhedsstyrelsen på kræftområdet, herunder at følge udviklingen på kræftområdet inkl. effekten af nationale, regionale og kommunale planer og initiativer, og vurdere behovet for indsatser på kræftområdet og på denne baggrund i relevant omfang fremkomme med forslag til anbefalinger.

Forspillet til Kræftplan IV og finanslovsaftalen 2017 findes i økonomiaftalen for 2016, hvor regeringen og Danske Regioner blev enige om at igangsætte et fagligt forarbejde til Kræftplan IV, forankret i Sundhedsstyrelsen og med afsæt i et kommissorium tiltrådt af regeringen, Danske Regioner og KL. Sundhedsstyrelsen havde i arbejdet med det faglige oplæg til Kræftplan IV inddraget styrelsens

Udvalg for Kræft, hvori Danske Regioner er repræsenteret, og fik bidrag fra en bred række af aktører på kræftområdet, herunder faglige miljøer samt patientforeninger. I processen bidrog fem arbejdsgrupper af patienter og fagfolk med deres syn på udfordringer og løsninger på kræftområdet. Der har derudover været nedsat en følgegruppe i regi af Sundheds- og Ældreministeriet med deltagelse af Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, KL og Finansministeriet.

En væsentlig konklusion fra den forgående redegørelse er, at (større og store) øremærkede bevillinger normalt har et solidt fagligt fundament og som hovedregel bliver til i et samspil mellem faglige miljøer, ofte sammenfattet af Sundhedsstyrelsen, og både inddrager bevillingsgiver og bevillingsmodtager. Selvom der er tale om en 'top-down' målbestemt bevillingsproces, er der tale om en vis gensidig forståelse mellem giver og modtager, om end der overordnet er tale om en indskrænkning af regionernes handlerum, men samtidig opnår man en større ensartethed i tilbuddet på tværs af regioner.

Der er en række mindre øremærkede bevillinger, som ikke har samme grad af præcision i indholdsangivelsen, bl.a. fordi de bliver til i løbet af forhandlingsprocessen om finanslovsaftalerne. Nogle af dem har heller ikke samme behov for præcisering som ved kræft, fx hospicepladser.

Det er også karakteristisk for finanslovsaftalerne, at psykiatrien ikke indgår. Det skyldes, jf. ovenfor, at dette område normalt er en del af satspuljeaftalerne (som dog formelt er en del af finanslovsaftalerne, men bliver til i en særskilt forhandlingsproces). Det samme gælder for praksissektoren. Heraf følger, at finanslovsaftalerne især drejer sig om det somatiske sygehusvæsen og i perioden har været stærkt præget af kræft: Kræftplan I (2000), Kræftplan II (2005), Kræftplan III (2011) og Kræftplan IV (2017).

Opfølgning af de øremærkede bevillinger har to dimensioner: den regnskabsmæssige og den faglige. Den sidste varetages typisk af Sundhedsstyrelsen eller Sundhedsdatastyrelsen og ses som adskilt fra den økonomiske side.

11.1.4 Økonomaftalerne

Budgetsamarbejdet er betegnelsen for det økonomiske samspil mellem staten og de kommunale og regionale parter. Omdrejningspunktet er de årlige juni-økonomaftaler mellem regeringen og henholdsvis KL og Danske Regioner om kommunernes og regionernes økonomi.

Med de årlige økonomaftaler fastlægges kommuner og regioners økonomiske rammer for det kommende år. Derudover indeholder aftalerne tilkendegivelser og målsætninger på de store sektorområder som sundhedsområdet. De tilbagevendende økonomiforhandlinger og opfølgning på aftalerne giver også anledning til generelt at drøfte samarbejdet mellem stat, regioner og kommuner samt kommende udfordringer og muligheder.

Økonomaftalen ligger til grund for udmeldingen af det statslige bloktilskud til kommuner og regioner. Det er Folketingets finansudvalg, der med udgangspunkt i den indgåede økonomaftale godkender størrelsen af bloktilskuddet, hvilket sker med, hvad der i jargonsprog hedder "bloktilskudsaktstykke". Herefter meddeler økonomi- og indenrigsministeren inden 1. juli alle kommuner og regioner deres tilskuds- og udligningsbeløb for det kommende år, som således danner udgangspunkt for budgetarbejdet.

Ud over de samlede økonomiske rammer indeholder økonomaftalerne også forskellige øremærkede bevillinger. Et gennemgående eksempel fra 2000-2017 er medicin: Først i 00'erne drejede det sig typisk om sygesikringsmedicin, og fra midten af 00'erne til i dag har fokus især været på syge-

husmedicin. Det kan diskuteres, om det er øremærkning eller mere er en synliggørelse af, at området styringsmæssigt var/er en udfordring, således at de store beløb – typisk 200-500 mio. kr. – synliggør udfordringen. Der følges ikke systematisk op på forbruget af beløbene, om end de samlede medicinudgifter monitoreres løbende. I økonomiaftalen for 2002 hed det om medicinområdet: "På baggrund af regnskabsoplysninger om medicintilskudsudgifterne i 2001 gennemføres på bloktilskuddet for 2002 en endelig regulering af medicingarantien for 2001, jf. aftalen om amternes økonomi i 2001. Det indebærer, at amterne modtager yderligere 673 mio. kr. i sidste kvartal 2002" (s. 32 i (374)). Denne automatiske regulering er afskaffet i 2013, men det indgår som en del af den samlede regulering i forbindelse med økonomiaftalerne.

I økonomiaftalen for 2003 var der enighed omkring problemer med puljer: "Regeringen og Amtsrådsforeningen er enige om, at omfanget af statslige puljer så vidt muligt bør begrænses, og at dette navnlig gælder efter vedtagelsen af amternes budgetter. Ved statslige puljer, der forudsætter amtslig medfinansiering, udgør de statslige puljemidler til væksten på området. Amternes medfinansiering sker inden for allerede afsatte økonomiske rammer. Det gælder også puljer, der finansieres af satspuljemidler" (s. 33 i (375)). Der peges her reelt på, at puljerne gør det svært for amterne (og i dag regionerne) at budgettere.

2015-økonomiaftalens syv principper for regionalt-statsligt samarbejde viser også noget om udfordringerne med øremærkede bevillinger, bl.a. punkterne 2-4:

Tydeligt ansvar og opbakning til lokale prioriteringer

1. Tydeligt opgave- og budgetansvar
2. Styring på mål og resultater
3. Politisk ansvar og decentralt ledelsesrum
4. Viden er grundlaget

Forpligtende samarbejde om modernisering af den offentlige sektor

5. Fælles ansvar for nytænkning og effektivisering
6. Samspil om vækst og velfærd
7. Inddragelse og samspil med borgerne

11.2 Anvendelsen af øremærkede bevillinger i dag

Som ovenstående gennemgang har vist, er øremærkede bevillinger en integreret del af finanslovs-aftalerne, satspuljen og økonomiaftalerne. Lidt i sagens natur er øremærkede bevillinger udtryk for synliggørelse af politiske mærkesager blandt forligsdeltagerne.

I den studerede periode – 2000-2017 – har det ikke været muligt at spore markante ændringer i anvendelsen af øremærkede bevillinger: Hverken hyppighed, økonomisk omfang, detaljeringsgrad eller opfølgning, men der har været store svingninger, jf. Figur 11.1. Satspuljen er en delvis undtagelse, idet en stigende andel af bevillingsgrundlaget for behandlingspsykiatrien kommer fra denne pulje, men hvor en meget stor andel bliver til permanente bevillinger.

Detaljeringsgraden for de enkelte bevillinger varierer, men både først og sidst i perioden er der eksempler på en relativ høj detaljeringsgrad.

Opfølgningen er ikke sat i system eller obligatorisk. I det omfang de øremærkede bevillinger bliver fordelt ved hjælp af bloktilskudsnøglen – og det gælder for hovedparten – er det svært at spore.

Uden at være definitiv kan der spores en tendens til, at de øremærkede bevillinger i stigende grad forhandles/aftales mellem bevillingsgiver- og modtager, fx ved at der i året forud er en omtale i økonomiaftalen, som så konkretiseres i løbet af året. Kræftplan IV er et eksempel herpå. På denne måde afdæmpes indtrykket af øremærkede bevillinger som en 'top-down'-tilgang til sundhedspolitik. I sagens natur findes der også eksempler på det modsatte.

11.3 Effekt og resultat af øremærkede bevillinger

Øremærkede bevillinger har været med til at kickstarte nye strategiske initiativer på sundhedsområdet. Den vedvarende opmærksomhed om de fire kræftplaner i finanslovsaftalerne i perioden 2000-2017 er et godt eksempel, inkl. at opfølgning har tiltrukket sig stor politisk opmærksomhed. Det samme gælder de forskellige garantier/patientrettigheder, der er indført i perioden 2000-2018. På tilsvarende vis har aftalerne om fordeling af satspuljen været grundlag for adskillige nye initiativer inden for psykiatrien.

Evidensen for ovenstående fremgår af finanslovs- og satspuljeaftalerne for 2000-2017. Opfølgningsdata, fx ventetider på operation, overholdelse af kravene til kræftpakker/udredning, nye rettigheder i psykiatrien osv., dokumenterer, at de ønskede ændringer er indført og stort set har haft de eftertragtede effekter.

En ofte overset virkning af øremærkede bevillinger er den gradvise udbygning af hospicekapaciteten (376). Der har ikke været tale om kvantespring, men en gradvis udbygning. Det har ofte været resultatet af at have været belønning til forligsparter – normalt Kristendemokraterne og Dansk Folkeparti – for at sikre flertal for en finanslov.

Der findes stort set ikke akademisk litteratur om øremærkede bevillinger (i modsætning til øremærkede skatter), og når der er, drejer det sig om bistandsbevillinger til udviklingslande (377).

En generel teoretisk tilgang til forståelse af øremærkning finder man i principal-agent-teorien. Principalen er regeringen/Folketinget, og agent(erne) er regionerne. De har/kan have forskellige præferencefunktioner, og øremærkning er således en metode til sikring af, at principalens mål bliver fulgt på agentniveauet. Udfordringen med informationsasymmetri forsøges løst på to måder: (mere eller mindre) præcis angivelse af, hvilke aktiviteter der forventes igangsat kombineret med mere eller mindre rigoristisk monitorering (opfølgning) af udvalgte succesindikatorer.

11.4 Vurdering af fordele og ulemper ved øremærkede bevillinger

Spørgsmålet om fordele og ulemper afhænger af, om man ser det fra bevillingsgivers eller -modtagers synspunkt, og om der alene ses på de finansielle aspekter, de sundhedsmæssige effekter, fx ændring i middellevetid på grund af kræftpakkerne, eller de øvrige patientoplevede effekter, fx kortere ventetid.

Set fra bevillingsgivers synspunkt – regering/Folketing – er fordelene, at nye bevillinger bliver brugt efter hensigten. Dette forudsætter, at angivelse af ønskede aktiviteter er ret præcis, ligesom det ofte er nødvendigt med opfølgning for at kunne dokumentere den ønskede effekt. Bevillingsgiver kan også have en interesse i at sikre en nogenlunde ensartet implementering af hensyn til den geografiske lighed.

Set fra bevillingsmodtagerens synspunkt kan det ses som en indsnævring af de decentrale handlemuligheder, især hvis der medfølger detaljerede angivelser og krav om opfølgning og dermed mindre mulighed for at igangsætte regionalt prioriterede nye aktiviteter. De konkrete muligheder for det sidste afhænger af den præcise udformning af økonomiaftalerne, som kan indeholde en del råderum, idet finanslovs- og satspuljeaftalerne ikke levner store muligheder for nye aktiviteter ud over de øremærkede.

Den summariske sammenfatning af fordele og ulemper dækker imidlertid over to vigtige forbehold. Dels deler bevillingsmodtager ofte bevillingsgivers ønske om igangsætning af strategiske initiativer, men ønsker bedre mulighed for at tage hensyn til lokale forhold, dvs. mindre bindende angivelse af, hvad der præcist skal sættes i gang. Dels er der som nævnt ovenfor også en tendens til, at man aftaler (dele af) indholdet af højt prioriterede områder.

Opsummerende vurdering af øremærkede bevillinger

Klart formål: Formålsbestemte bevillinger bruges til at sikre, at bevillingsgivernes mål og ønsker med bevillingen bliver fulgt.

Effekter: Forudsat klare aktivitetsangivelser og eventuel monitorering sikres det, at ønsker fra de centrale bevillingsgivere følges.

Samspillet med øvrige styringsinstrumenter i sundhedsvæsenet: Afviger fra tænkningen bag de generelle bloktilskud, som generelt er ubundne, om end de øremærkede bevillinger normalt fordeles ud fra bloktilskudsnøglen. Afvigelsen består i den målrettede angivelse af, hvad de øremærkede bevillinger skal bruges til. Overordnet bryder øremærkede bevillinger med grundfilosofien bag rammebevillinger, hvor der ofte er en underforstået betydelig grad af dispositionsfrihed for det underliggende niveau.

National styring og lokal tilpasning: Der er tale om national styring med beskedne muligheder for regional påvirkning. Der er dog eksempler på, at øremærkede midler og deres anvendelse bliver aftalt mellem regeringen og regionerne, uden at det dog er en hovedregel.

Kræver styringsinstrumentets effektivitet understøttelse af data? Ikke voldsom datakrævende bortset fra monitorering, der undertiden fører til nye registreringssystemer, fx registrering af ventetider.

Understøtter instrumentet en enkel og gennemskuelig styring centralt såvel som decentralt? Øremærkede bevillinger er i deres grundkonstruktion enkle og gennemskuelige set fra centralmyndighedens side, men giver udfordringer decentralt, fordi de dels indskrænker dispositionsfriheden, dels kan være i modstrid med den regionale sundhedspolitik.

12 Den statslige aktivitetspulje

Af Betina Højgaard og Kjeld Møller Pedersen

Den statslige aktivitetspulje, der frem til 2011 hed den statslige meraktivitetspulje, udgør en del af den samlede finansiering af regionernes udgifter. Puljen er i 2018 på 1,39 mia. kr. (s. 51 i (2)), svarende til lidt over 1 % af det samlede udgiftsniveau på det regionale sundhedsområde. Fra 2002 til 2013 blev meraktiviteten afregnet med 70 % af DRG-/DAGS-taksten ud fra en betragtning om, at det var et groft skøn over marginalomkostningerne ved en merproduktion over baseline. Dette blev fra og med 2014 ændret til 40 %. Baselineberegningen har siden økonomiaftalen for 2003 været et bilag til aftalen.

Nedenstående boks giver et overblik over de centrale aspekter i forhold til den statslige aktivitetspulje. I de følgende afsnit gives en mere detaljeret beskrivelse. Endvidere berøres kommunal medfinansiering kort i kapitlet, da den indtil 2017 var en del af den aktivitetsbestemt finansiering.

Centrale aspekter i forhold til den statslige aktivitetspulje	
<i>Definition</i>	Den statslige aktivitetspulje udgør en del af den samlede finansiering af regionernes somatiske sygehusudgifter. Puljen fordeles mellem regionerne på baggrund af bloktilskudsnøglen, og den udbetales på forhånd med efterfølgende konkret opgørelse af omfanget af aktiviteten. Regionerne kan beholde deres andel af aktivitetspuljen, hvis den realiserede behandlingsaktivitet – opgjort i DRG-værdi – svarer til det forudsatte i årets økonomiaftale. Der er mulighed for at få nedjusteret det forudsatte aktivitetsniveau ved omstillinger (baselinekorrektioner), der betyder et permanent aktivitetstab (regionen/sygehuset kan dermed få 'godskrevet' en aktivitet, der ikke finder sted). Hvis den endelige opgørelse af det realiserede aktivitetsniveau inkl. korrektioner viser, at det forudsatte niveau ikke er realiseret fuldt ud, vil det medføre et likviditetstræk året efter.
<i>Formål</i>	Formålet med elementet af aktivitetsbestemt finansiering i form af aktivitetspuljen er at give regionerne tilskyndelse til at realisere de aktivitets- og produktivtetsforudsætninger, der aftales i de årlige økonomiaftaler (s. 53 i (6)) ved hjælp af krav om, at man skal nå over baseline for at få udbetaling fra aktivitetspuljen.
<i>Styringsinstrumenttype</i>	Økonomisk incitament.
<i>Centrale hensyn, der understøttes</i>	Instrumentet tilskynder regionerne til at øge behandlingskapaciteten.
<i>Baggrund for indførelsen</i>	Aktivitetspuljen blev indført i 2002 med det formål at øge behandlingskapaciteten i sundhedsvæsenet for at nedbringe ventetiderne (s. 6 i (378)). Udgangspunktet for aktivitetspuljens indførelse var, at der var lange ventelister til mange behandlinger, og der var en erkendelse af, at behandlingsgarantierne ikke alene ville kunne komme dette problem til livs, hvorfor der var et ønske om at sikre flere midler til området, men samtidig også at sikre, at disse midler medførte flere behandlinger.
<i>Tilpasninger</i>	Der er sket en udvikling i puljens udmøntning. Fra 2014 er meraktiviteten afregnet med 40 % af DRG-/DAGS-taksten mod 70 % i perioden 2002-2013. Ordningen blev justeret en smule i 2007 på grund af den kommunale medfinansiering. Aktivitetspuljens størrelse er gået fra at udgøre ca. 3 % af sundhedsbudgettet i regionerne til at udgøre ca. 1 % fra 2014 og frem.

Centrale aspekter i forhold til den statslige aktivitetspulje
<i>Anvendelsen i dag</i>
Den statslige aktivitetspulje er i 2018 på 1,39 mia. kr. (s. 51 i (2)), svarende til lidt over 1 % af det samlede udgiftsniveau på sundhedsområdet. Puljen udbetales i dag med 40 % af DRG-taksten.
<i>Dokumenterede effekt</i>
Der foretages løbende monitorering på regionernes aktivitetstal. Det er imidlertid ikke muligt at isolere effekten af den statslige aktivitetspulje, da der i samme periode er indført andre initiativer og styringsinstrumenter såsom indførelsen af det udvidede frie sygehusvalg, der også har haft til formål at påvirke aktiviteten og nedbringe ventetiderne. Endvidere var der 2001-2009 en gennemsnitlig årlig realvækst i sundhedsudgifterne på 3,4 %. Med dette in mente kan det konstateres, at der siden 2002 har været et fald i ventetiderne og en betragtelig aktivitetsvækst i sygehusvæsenet. Aktivitetsvæksten var i de første år primært drevet af behandling af flere unikke patienter, mens en større andel af aktivitetsvæksten efterfølgende er blevet drevet af en højere produktionsværdi pr. patient som følge af flere kontakter pr. patient og højere produktionsværdi pr. kontakt, jf. Figur 12.2.
<i>Implikationer for regionernes styring</i>
Aktivitetspuljen udgør i dag 1 % af finansieringen af regionernes sygehusaktivitet. Selvom den marginale økonomiske betydning af ikke at realisere de aftalte aktivitetsmål er blevet mindre, skaber puljen stadig et stort aktivitetspres i regionerne, da der er tale om puljemidler, som bliver betalt a conto til regionerne, og som de dermed budgetterer med.
<i>Fordele</i>
Skaber fokus på aktiviteten i sygehusvæsenet og understøtter dermed patientrettighederne vedrørende ret til hurtig udredning samt frit og udvidet frit sygehusvalg.
<i>Ulemper</i>
Den statslige aktivitetspulje kan medvirke til at fremme et u hensigtsmæssigt fokus på aktivitet frem for sundhedsværdi som følge af, at det er aktiviteten i sig selv, som bliver målet. Ligeledes tilskynder puljen potentielt til, at behandlingen splittes op i flere aktiviteter, og den giver ingen tilskyndelse til omlægning af behandling til et lavere specialiseringsniveau, hvis det indebærer lavere DRG-værdi eller udlægning af aktiviteten til almen praksis eller kommunerne.

12.1 Den statslige aktivitetspuljes formål

Formålet med den statslige aktivitetspulje er at give regionerne økonomisk tilskyndelse til at realisere de aktivitets- og produktivetsforudsætninger, der aftales i de årlige økonomiaftaler (s. 53 i (6)) ved krav om, at regionerne skal nå over baseline for at få udbetaling fra aktivitetspuljen.

12.2 Baggrunden for den statslige aktivitetspulje

Aktivitetspuljen eller de såkaldte "Løkke-penge" blev indført i 2002 via finansloven med det formål at øge behandlingskapaciteten i sundhedsvæsenet for at nedbringe ventetiderne (s. 6 i (378)). Udgangspunktet for aktivitetspuljens indførelse var, at der var lange ventelister for mange behandlinger, og der var en erkendelse af, at behandlingsgarantierne ikke alene ville kunne komme dette problem til livs, hvorfor der var et ønske om at sikre flere midler til området, men samtidig også sikre, at disse midler medførte flere behandlinger.

For at øge aktiviteten og nedbringe ventetiderne blev der i perioden 2002-2006 årligt tilført en statslig pulje på mellem ca. 1 og 1,5 mia. kr. til honorering af meraktiviteten på sygehusene (s. 21 i (379)).

Den første pulje i 2002 omfattede alene elektiv aktivitet, men bl.a. på grund af vanskeligheder med at lave en rimelig afgrænsning mellem elektiv og akut aktivitet blev både akut og elektiv aktivitet omfattet af puljen.

Med kommunalreformen i 2007 blev aktivitetspuljen øget til ca. 2,7 mia. kr. (2013-pl), mens den fra og med 2014 blev reduceret til ca. 1,3 mia. kr. (2014-pl). Den statslige aktivitetspulje har således over tid udgjort ca. 1-3 % af den samlede finansiering af regionernes sundhedsudgifter.

Aktivitetspuljen omhandler somatisk ambulans og stationær sygehusaktivitet³⁵, behandling af danske borgere i udlandet samt aktivitet hos speciallæger, som udfører behandling, der er substituerbar med sygehusbehandling. Historisk har dele af puljen været afgrænset til at omhandle specifikke ydelser. Eksempelvis var der 2007-2008 en særskilt delpulje til strålebehandling på kræftområdet med det formål at give regionerne ekstraordinær økonomisk tilskyndelse til at nedbringe ventetiderne på dette område (s. 22 i (379)).

Den statslige aktivitetspulje bygger på en model, hvor økonomi og aktivitet kobles, ved at regionerne får deres andel af aktivitetspuljen, hvis de når det forudsatte aktivitetsniveau (baseline plus den i aktivitetspuljen fastsatte meraktivitet), som opgøres i DRG-værdi.³⁶ Puljen fordeles mellem regionerne på baggrund af bloktilskudsnøglen, og den udbetales a conto i 12 rater over året. Sidstnævnte betyder, at regionerne kan beholde deres andel af aktivitetspuljen, hvis den realiserede behandlingsaktivitet svarer til det forudsatte i årets økonomiaftale, mens der kan blive et tilbagebetalingskrav, hvis det fastsatte aktivitetsniveau ikke realiseres (380).

Meraktivitet ud over det forudsatte aktivitetsniveau medfører ikke yderligere indtægt. Afregningsloftet medfører, at der fra statens side er indbygget et element af budgetsikkerhed i modellen. I tilfælde af at regionen ikke opnår sin andel af aktivitetspuljen, kan ubrugte midler overføres til den pågældende regions andel af puljen i det efterfølgende år (2). For at regionen får adgang til denne pulje, kræver det dog, at den øger aktiviteten ud over det forudsatte i det efterfølgende år.

Principper for fastlæggelse og udmøntning af aktivitetspuljen frem til og med 2017 er nærmere beskrevet i nedenstående boks.

Fastlæggelse og udmøntning af den statslige aktivitetspulje frem til og med 2017 (boksen er inspireret af boks 3.2. og 3.3 i Incitamentsudvalgets rapport (6))

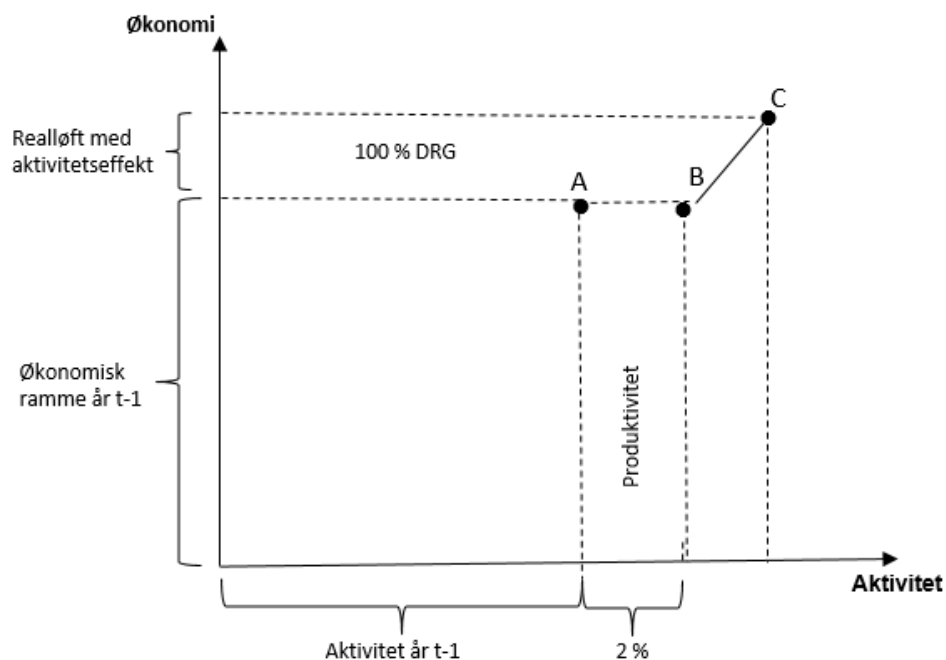
Til og med 2017 har produktivitetskravet været indregnet i den statslige aktivitetspulje. Dette er sket på følgende måde:

- I de årlige økonomiforhandlinger mellem regeringen og Danske Regioner aftales der et aktivitetsniveau og en tilsvarende finansiering for sygehusområdet for det kommende år (punkt C i figur A).
- Med udgangspunkt i det aftalte aktivitetsniveau beregnes den tilsvarende finansiering, hvori det årlige produktivetskrav er indbygget. Produktivetskravet betyder, at regionerne skal levere en aktivitetsstigning på 2 % i forhold til det foregående års produktion (A→B) til samme finansiering som året før. Herudover tildeles regionerne et realløft svarende til den resterende aktivitetsstigning (B→C).
- Den statslige aktivitetspulje er konstrueret sådan, at regionerne skal levere det aftalte aktivitetsniveau (punkt C i figur A) for at opnå den aftalte finansiering.

³⁵ Enkelte behandlingsformer er undtaget fra puljen, såsom fertilitetsbehandling og sterilisation (380).

³⁶ DRG-systemet anvendes til udmøntning af den statslige aktivitetspulje. Systemet har imidlertid mange anvendelser – det anvendes bl.a. til 1) benchmarking af sygehusenes produktivitet og aktivitet, 2) aktivitetsbaseret afregning, herunder afregning for mellemregional sygehusaktivitet, 3) at danne grundlag for drift, planlægning og økonomistyring inden for sygehusene samt anvendes som delelement i planlægningen af aktivitet på tværs af sygehuse (s. 332 i (381)). I forhold til DRG-systemet er det således systemets anvendelse i den statslige aktivitetspulje, der er fokus for dette kapitel – og ikke DRG-systemet som sådan.

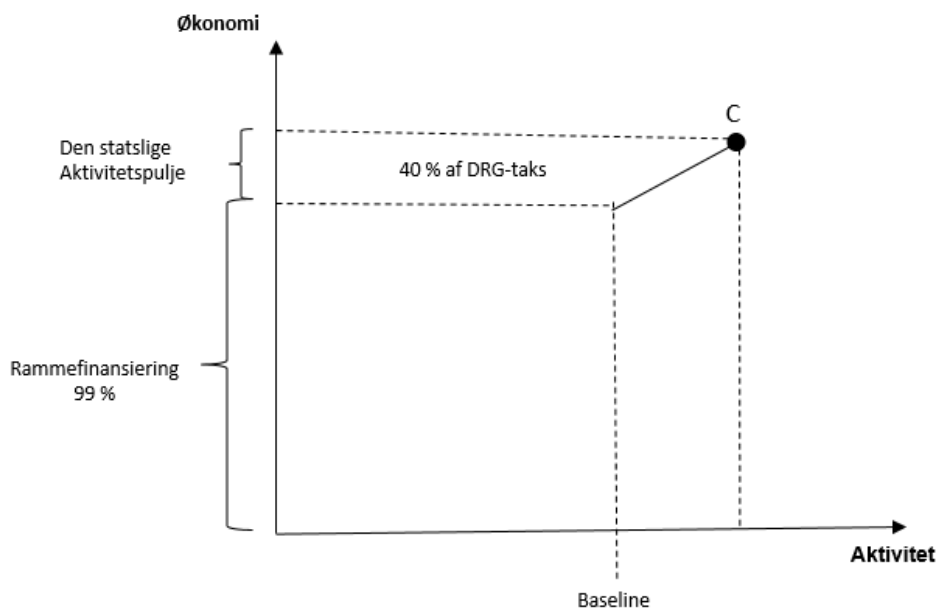
Figur A: Illustration af indregning af produktivitet i den statslige aktivitetspulje, frem til og med 2017



Udmøntningen af aktivitetspuljen sker ved:

- at regionen afregnes for aktivitet ud over den såkaldte *baseline* (se figur B). Baseline fastlægges med udgangspunkt i det aftalte aktivitetsniveau (punkt C i figur A og B) og beregnes, så fuld udmøntning af aktivitetspuljen netop svarer til den aftalte finansiering. Det vil teknisk sige, at *baseline* beregnes, som det aftalte aktivitetsniveau (punkt C i figur A og B) fratrukket den aktivitet, som kan realiseres fra aktivitetspuljen på baggrund af dels puljens størrelse, dels de marginale afregningstakster der indgår i puljen.
- Aktivitet ud over baseline afregnes med en takst på 40 % af DRG- og DAGS-taksten. Taksten har tidligere været på 70 % af DRG- og DAGS-taksten (og i helt specifikke tilfælde 100 og 80 % af DRG- og DAGS-taksten).
- Aktivitet ud over det aftalte aktivitetsniveau (punkt C i figur A og B) medfører ikke yderligere finansiering.

Figur B: Illustration af udmøntningen af aktivitetspuljen



Anm.: Indtil 2017 var der tilknyttet kommunal medfinansiering på aktiviteten i den statslige aktivitetspulje. Det er ikke indtegnet for at holde figuren simpel

Korrektionsmuligheder i den statslige aktivitetspulje

Der er mulighed for løbende over året at *korrigere* aktivitetstilskuddene for kodeændringer eller ny registreringspraksis (såkaldt *DRG-creep*), så det er sygehusenes faktiske aktivitet over baseline i forhold til året før, der identificeres og herunder sikrer konsistens over tid i den aktivitet, som ligger til grund for tilskuddet. Herved sikres det, at registreringsmæssige og DRG-tekniske forhold ikke alene giver anledning til meraktivitet i regionerne. Endvidere kan aktivitetstilskuddene korrigeres for strukturomlægninger (såkaldte baselinekorrektioner), som kan have betydning i forhold til den samlede DRG- og DAGS-værdi, eksempelvis ved sammenlægning/lukning af sygehuse eller afdelinger eller ved omlægning/effektivisering af behandlingsforløb, fx oprettelse af et ambulatorium til erstatning for indlæggelse mv. (380). Det skal endvidere påpeges, at korrektionerne over tid er blevet meget mere aftalekonsistente. Det vil sige, der er klare aftaler for, hvordan disse foretages.

For at sikre, at der ligger en meraktivitet til grund for aktivitetsstigningen og ikke blot en ændring i kodningspraksis, hvor udskrivninger kodes behandlings- og sygdomsmæssigt tungere, anvendes der et *DRG-creep-loft* på 1,5 %, dvs. at der – hvis der er en værdistigning på mere end 1,5 % pr. kontakt – foretages en reduktion i aktivitetsstigningen svarende til den andel af værdistigningen pr. kontakt, der overstiger de 1,5 %. Loftet beregnes på regionalt niveau.

* Den endelige baseline korrigeres (plus/minus) for nettobudgetvirkninger af puljer fra finansloven

Afregnings-satsen for regionernes meraktivitet har over tid varieret med henholdsvis 100, 80, 70 og 40 % af DAGS- og DRG-taksten. Af økonomiaftalerne for 2004 til 2006 (137,382,383) fremgår det, at den anvendte takst til udbetaling af meraktiviteten på 70 % af DAGS- og DRG-taksten afspejlede et skønnet gennemsnitligt niveau for de faktiske marginale omkostninger. Det vil sige, at taksten var fastlagt med henblik på, at regionernes ekstra omkostninger til den øgede produktion blev dækket. Størrelsen af det enkelte sygehus' marginale omkostninger ved øget aktivitet vil imidlertid afhænge af den aktuelle kapacitetsudnyttelse og arbejdstilrettelæggelsen. Ved lav kapacitetsudnyttelse vil de

marginale omkostninger ved øget produktion være lavere, mens de marginale omkostninger vil være stigende ved høj kapacitetsudnyttelse. Styrken af regionernes og dermed sygehusenes økonomiske incitament til at øge aktiviteten afhænger dermed af, i hvilken grad den fastsatte takst dækker de marginale omkostninger (i det omfang sygehusene faktisk kender disse).

Meget tyder på, at de 70 % af DAGS- og DRG-taksten mere end dækkede de marginale omkostninger, og at aktivitetspuljen op gennem nullerne og begyndelsen af ti'erne, hvor aktivitetspuljen også havde et direkte meraktivitets formål, var et stærkt aktivitetsdrivende³⁷ element. Incitamentsudvalget konkluderede således i deres rapport fra 2013, at den daværende takststyringsmodel havde været medvirkende til at skabe et for entydigt fokus på aktivitet (s. 75 i (6)), og de anbefalede på baggrund heraf, at betydningen af den statslige aktivitetspulje blev reduceret ved eksempelvis "at reducere puljens størrelse og/eller reducere den marginale afregningstakst i puljen" (s. 137 i (6)). Med afsæt i anbefalingerne fra Incitamentsudvalget blev der med økonomiaftalen for 2014 gennemført en justering af aktivitetsfinansieringen på sygehusområdet for bl.a. at dæmpe aktivitetspresset (s. 49-50 i (384)). Justeringen medførte, at aktivitetspuljen blev reduceret fra ca. 2,7 mia. kr. (2013-pl) til 1,3 mia. kr. (2014-pl); den marginale afregning blev reduceret fra 70 til 40 % af DAGS- og DRG-taksten, og samtidig blev der givet øget fleksibilitet i forhold til at korrigere for tiltag, der har til formål at omlægge aktivitet til omkostningseffektive, ikke-takstbærende aktivitet (s. 66 i (384)).

12.3 Kommunal medfinansiering

Indtil 2017 var der tilknyttet kommunal medfinansiering på aktiviteten i den statslige aktivitetspulje. Det vil sige, at regioner også modtog kommunal medfinansiering for den enkelte patientkontakt under den statslige aktivitetspulje. Den kommunale medfinansiering blev imidlertid modregnet i den statslige aktivitetsbestemte finansiering, hvilket betød, at taksterne vedrørende den enkelte patientkontakt under den statslige aktivitetspulje blev reduceret med det konkrete beløb, som regionerne modtog fra kommunerne i kommunal medfinansiering (s. 60 i (6)). Fra og med 2017 er den kommunale medfinansiering ikke tilknyttet den statslige aktivitetspulje, idet den nye model sikrer, at alle regioner har opnået indtægtsloftet fra den kommunale medfinansiering ved et aktivitetsniveau, som svarer til baseline for den statslige aktivitetspulje (385).

Boksen nedenfor giver en kort beskrivelse af kommunal medfinansiering og de empiriske undersøgelser her af.

Kommunal medfinansiering, KMF

Ordningens indhold

Siden indførelsen i 2007 har formålet med kommunal medfinansiering været at give kommunerne incitamenter til at øge den patientrettede forebyggelse med særlig fokus på forebyggelse af indlæggelser (386).

Den kommunale betaling omfattede alle regionale sundhedsydelse. I 2007 var betalingen todelt: et fast årligt beløb pr. indbygger i kommunen, ca. kr. 1.200, og et beløb med en maksimumsgrænse pr. behandlet patient. For eksempel var betalingen for en somatisk sygehusindlæggelse på 30 % af DRG-taksten, dog maksimalt kr. 4.476. Betalingen skulle give kommunen et incitament til at udvikle substituerende kommunale sundhedstilbud. Begrundelsen for de konkrete betalingstakster fremgår ikke nogen steder. Den økonomiske størrelsesorden er i dag samlet på 18-20 mia. kr. om året.

³⁷ Begrebet "aktivitetsdrivende" bruges i nogle tilfælde forskelligt og anvendes både som beskrivelse for, at 1) aktivitetsbestemt afregning giver økonomisk incitament til at øge aktiviteten, men bruges også som udtryk for, at 2) aktivitetsbestemt styring giver en tilskyndelse til at "opfinde" ny aktivitet (fragmentering, nye kontroller, udbudsinduceret efterspørgsel mv.). I denne analyse anvendes begrebet i sidstnævnte betydning, fordi de indbyggede incitamenter i styringsinstrumentet potentielt vil kunne føre til handlingen, og fordi det har været fremført forekommende.

Kommunal medfinansiering, KMF

En analyse (387) førte i 2012 til en omlægning, hvor man fjernede grundbidraget og øgede den variable betaling. For eksempel blev KMF-betalingen for en somatisk indlæggelse hævet til 34 % af DRG-taksten med en maksimumsgrænse på kr. 13.750.

Samtidig med 2012-omlægningen blev der indført en øvre grænse (et loft) over den regionale indtægt fra kommunal medfinansiering, dvs. en regions indtægter fra kommunerne ikke kunne overstige et loft. Hensigten med loftet var at begrænse et muligt incitament til regional meraktivitet for at sikre budgetoverholdelse i regionerne som følge af den kommunale medfinansiering. Der var dog ikke evidens for, at det sidste forekom i praksis.

I 2015 blev der gennemført en omfattende evaluering af KMF (388). Det førte til en ændring med vægt på en differentieret KMF efter alder, så betalingen afspejlede de kommunale muligheder for at forebygge dér, hvor kommunen i forvejen har kontakt med borgerne. Fremover kommer kommuner til at betale mere for sygehusbehandlingen af småbørn og ældre over 65 år og mindre for de øvrige borgere. Den højeste grad af medfinansiering er for borgere over 80 år, svarende til det maksimale beløb (56 % af DRG-taksten, dog maksimalt godt kr. 30.000).

Empiriske undersøgelser af kommunal medfinansiering

I forhold til hovedformålet med KMF – at forebygge indlæggelser – har videnskabelige undersøgelser ikke kunnet påvise en effekt på indlæggelser (389-392).

Den første større offentlige empiriske evaluering af KMF kom i 2015 (388,393-395). I den kvantitative analyse belyste man rent deskriptivt indlæggelsestyper, der kunne have relation til kommunernes forebyggelses-, trænings- og plejeindsats. Der kunne reelt set ikke påvises nogen effekt. Metodisk er der berettiget tvivl om analysens holdbarhed, fordi der overordnet ikke er tale om en kausal-lignende analyse med brug af bl.a. regressionsanalyse til at kontrollere for andre mulige forklaringer på ændringer i antal indlæggelser end KMF og uden klar kobling til den kommunale indsats.

Hovedkonklusionen i den kvalitative analyse var for kommunernes vedkommende, at KMF har haft betydning for dagsordenssætningen, men ikke har haft stor – hvis nogen – effekt på fx indlæggelser.

De regionale kvalitative interviews pegede på, at KMF opleves som at have medvirket til at løfte den kommunale opmærksomhed om kommunernes rolle på sundhedsområdet. Det opleves af flere, at KMF i værste fald er i vejen for et godt samarbejde – og i bedste fald er ligegyldigt. Helt gennemgående angav de regionale respondenter, at KMF ingen betydning har for sygehusene, og at regionerne ikke anvender KMF i styringen på de enkelte sygehuse. Analysens konklusioner var en del af grundlaget for ændringen af KMF, hvor den direkte virkning af KMF på regionernes økonomi blev afkoblet.

12.4 Anvendelsen af den statslige aktivitetspulje i dag

Der er sket en udvikling i den statslige aktivitetspuljes udmøntning. I perioden 2002-2013 blev meraktivitet afregnet med 70 % af DRG-/DAGS-taksten, mens afregningen i 2014 blev ændret til 40 % af DRG-/DAGS-taksten. I 2018 udgør aktivitetspuljen 1.382,2 mio. kr. (18-pl).

Principper for fastlæggelse og udmøntning af aktivitetspuljen er beskrevet og illustreret i boksen på side 155-157 med undtagelse af, at 2 % produktivitetsskravet er suspenderet i 2018. Konsekvensen af dette er, at baseline alene fastsættes ud fra foregående års baseline tillagt aktivitetseffekten af øvrige forhold fra økonomiaftalen.

12.5 Effekt og resultat af den statslige aktivitetspulje

Det er ikke muligt at isolere effekten af den statslige aktivitetspulje, da der i samme periode er indført andre initiativer og styringsinstrumenter såsom indførelsen af det udvidede frie sygehusvalg, der også har haft til formål at nedbringe ventetiderne (som var et af aktivitetspuljens formål de første år). Endvidere var der fra 2001 til 2009 en stor stigning i det samlede budget til sygehusområdet. Den gennemsnitlige årlige realvækst i sundhedsudgifterne var således i denne periode på 3,4 % (Tabel 13 i (396)). Det er derfor ikke muligt at fastslå en entydig kausalitet mellem de resultater, der er opnået i forhold til aktivitet og ventetider, og aktivitetspuljens indførelse.

Grundet mangelfuld datakvalitet og opgørelser på området samt indførelse af en ny model for indberetning af ventetidsdata i 2014 har det ikke været muligt at samle dokumentation for udviklingen i ventetiderne fra slutningen af 1990'erne og frem i en figur. Dokumentationen er derfor splittet op i flere figurer og tabeller. Tabel 12.1 viser, at den gennemsnitlige ventetid for 18 hyppigt forekommende operationer var forholdsvis konstant i årene forud for 2002, mens der skete et betragteligt fald i ventetiden fra 2001 til 2003.

Tabel 12.1 Ventetiden i dage for 18 hyppigt forekommende operationer, 1998-2004

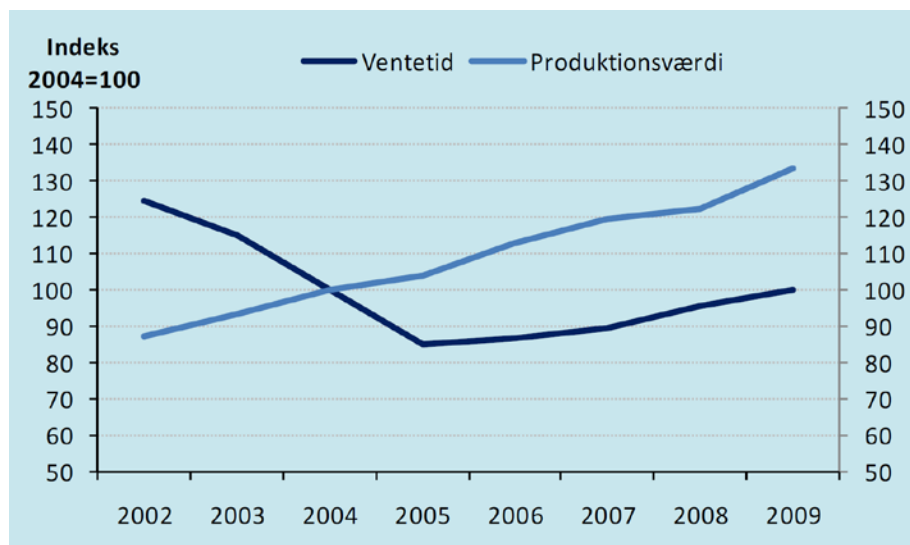
	Dec 1998	Dec 1999	Dec 2000	Dec 2001	Dec 2002	Dec 2003	Dec 2004
Brok	206	177	189	189	134	125	110
Diskusprolaps	90	88	97	98	106	98	84
Fjernelse af livmoder	88	103	111	123	88	97	85
Fjernelse af mandler	125	168	147	203	159	121	97
Galdesten	186	161	148	157	128	104	97
Grå stær	230	354	311	292	149	111	95
Kunstig hofte	205	190	200	208	156	134	117
Kunstig knæ	205	190	200	208	179	146	135
Meniskoperation	68	138	146	167	126	109	100
Nedsunken livmoder	122	131	137	144	103	115	106
Nyresten – knusning	-	77	94	86	90	89	86
Nyresten – operation	-	81	85	80	90	103	110
Prostata	148	148	152	161	147	149	149
Rekonstruktion af ledbånd i knæ	109	180	208	186	165	139	134
Sterilisation, kvinder	109	180	208	186	182	190	189
Sterilisation, mænd	-	134	140	187	216	205	206
Udlevering af høreapparat	376	378	298	255	261	293	273
Åreknuder	191	206	235	285	287	321	323
Gennemsnitlig ventetid	182	177	178	186	158	151	142

Anm.: Ventelisterne i tabellen er ikke helt sammenlignelige, idet den såkaldte "udredningstid" (maksimalt 2 uger), der består af perioden efter forundersøgelse, hvor prøver mv. undersøges og fortolkes, ikke medregnes i opgørelserne af ventetid efter juli 2002. Opgørelserne af ventetider efter juli 2002 kan altså være en anelse undervurderede i forhold til de tidligere år.

Kilde: Tabel 5-2 i (397).

Figur 12.1 viser ligeledes, at ventetiderne blev reduceret med en tredjedel fra 2001 til 2005. Fra 2005 lå ventetiden på ca. 60 dage, dog for at stige lidt i 2008 og 2009 som følge af konflikten på sundhedsområdet i foråret 2008. Ventetiden er, jf. Tabel 8.4, fortsat med at falde i perioden 2010 til 2016. Det skal i denne sammenhæng påpeges, at flere evalueringer konstaterer, at der ikke eksisterer en entydig sammenhæng mellem meraktivitet og reducerede ventetider (397,398).

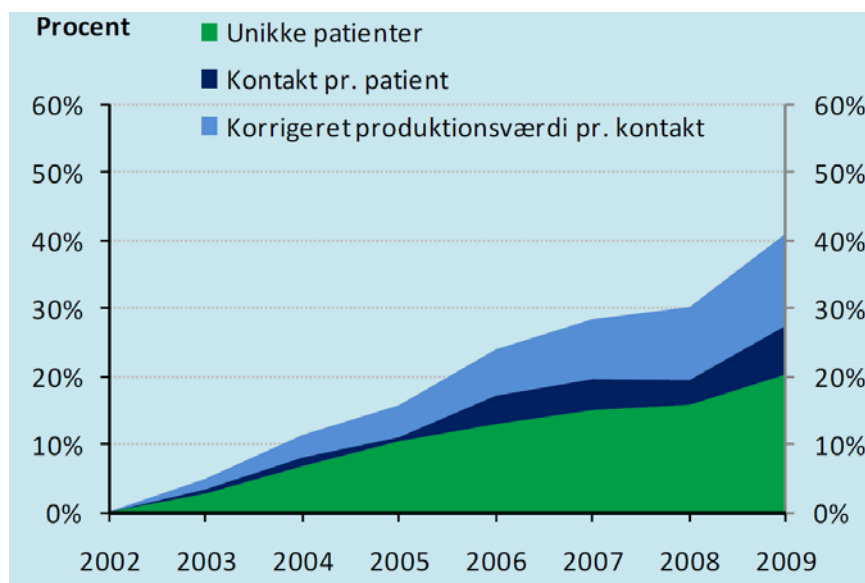
Figur 12.1 Udviklingen i ventetid og aktivitet (produktionsværdi), 2002-2009



Kilde: Figur 1.1 i (399).

Indførelsen af den statslige aktivitetspulje øgede – i tråd med målet for styringsinstrumentet – regionernes og sygehusenes fokus på aktivitet og medførte en aktivitetsvækst, jf. Figur 12.1. Fra 2002 til 2009 var den samlede aktivitetsudvikling i sygehusvæsenet i alt ca. 41 % (s. 8 i (399)). Af en kortlægning foretaget af Indenrigs- og Sundhedsministeriet i 2010 fremgår det, at der over årene er sket en ændring i aktivitetsudviklingens sammensætning (s. 4 i (399)). I kortlægningen er aktivitetsudviklingen dekomponeret i 1) behandling af flere nye patienter (unikke patienter), 2) kontakter pr. patient og 3) produktionsværdi pr. kontakt. Figur 12.2 viser udviklingen for de tre delkomponenter. Det fremgår af figuren, at størstedelen af aktivitetsvæksten i perioden 2002 til 2005 kan tilskrives behandling af flere unikke patienter, mens en større del af aktivitetsvæksten efter 2005 kan henføres til en højere produktionsværdi pr. patient, hvor denne er et resultat af, at produktionsværdien pr. kontakt og især antallet af kontakter pr. patient er steget. Analysen peger på, at sammenhængen mellem en stigning i sygehusvæsenets produktionsværdi og ventetiderne er uklar, da det alene er stigningen i antallet af unikke patienter i de tre delkomponenter, der kan have bidraget til at reducere ventetiderne på behandling (s. 29 i (399)).

Figur 12.2 Korrigeret udvikling i kontakter pr. patient, udvikling i produktionsværdi pr. kontakt, udvikling i unikke patienter (akkumuleret, 2002-2009)



Note: Der er foretaget korrektion for loftet over produktionsværdi pr. kontakt på 1,5 % pr. år.
 Kilde: Figur 2.2b i (399).

Af kortlægningen fremgår det endvidere, at der er sket en fordyrelse i behandlingen pr. patient, dels som følge af at den enkelte patient har flere kontakter med sygehuset, dels – og primært – at hver sygehuskontakt er blevet dyrere. Næsten to tredjedele af den samlede udvikling i sygehusvæsenets aktivitet kan således tilskrives, at behandlingsudgiften pr. patient er steget (s. 29 i (399)). Stigningen i behandlingsudgifter pr. patient fra 2002 til 2009 lader sig ikke entydigt forklare af effekten af den teknologiske eller lægefaglige udvikling (s. 6 i (399)). Store regionale forskelle i aktivitetsudviklingen fra 2002 til 2009 i forhold til vækstbidraget fra de tre delkomponenter indikerer ligeledes, at fx den øgede behandlingsudgift pr. patient ikke kan tilskrives en systematisk omlægning af patientbehandlingen eller en ændring i patientsammensætningen (s. 29 i (399)). Analyserne peger i stedet på en række mulige forklaringsfaktorer på aktivitetsudviklingen såsom: den demografiske udvikling med flere ældre (forklarer dog kun en mindre del); kraftig vækst inden for prioriterede indsatsområder som kræft og livstruende hjertesygdomme (bidrager med lidt over 40 % af den samlede aktivitetsudvikling), og vækst i aktiviteten blandt diabetespatienter (skyldes primært behandling af flere patienter). Supplerende kvalitative analyser af det kliniske perspektiv på aktivitetsudviklingen peger bl.a. på, at der forekommer uhensigtsmæssige ambulante besøg som følge af, at patienten ikke ønsker eller lægen ikke tager initiativ til at afslutte behandlingsforløbet, selvom patienten i klinisk forstand er færdigbehandlet. Yderligere fremhæves det, at takstafregningen giver incitament til at sprede ambulante besøg og kontroller over forskellige dage, selvom de kunne foretages samme dag (s. 30 i (399)). Det skal i denne forbindelse påpeges, at der – netop for at modvirke dette incitament – på nogle områder er lavet særlige sammendagstakster. Endvidere kan det ikke udelukkes, at den manglende omstilling i nogle tilfælde også kan skyldes 'fagprofessionel træghed'.

Tabel 12.2 Patienter og kontakter i det regionale sundhedsvæsen, 2009-2016

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Det samlede sundhedsvæsen								
Antal patienter i kontakt (i tusinder)	5.036	5.032	5.072	5.056	5.069	5.097	5.126	5.164
Antal kontakter ¹ (i tusinder)	67.206	67.763	69.967	70.022	69.968	71.150	72.274	73.132
Gns. antal kontakter pr. patient i kontakt	13,3	13,5	13,8	13,9	13,8	14,0	14,1	14,2
Kontakter pr. 1.000 borgere	12.232	12.282	12.625	12.585	12.524	12.676	12.786	12.816
Somatisk sygehusvæsen								
Antal patienter i kontakt (i tusinder)	2.476	2.500	2.511	2.519	2.549	2.671	2.707	2.740
Antal kontakter (i tusinder)	11.148	11.582	12.259	12.635	13.147	14.005	14.404	14.591
Gns. antal kontakter pr. patient i kontakt	4,5	4,6	4,9	5,0	5,2	5,2	5,3	5,3
Kontakter pr. 1.000 borgere	2.029	2.099	2.212	2.271	2.353	2.495	2.548	2.557

Kilde: Tabel 1 i (400).

I perioden 2009 til 2016 er antallet af unikke patienter og det gennemsnitlige antal kontakter pr. patient fortsat med at stige, jf. Tabel 12.2. Fra 2009 til 2016 er der således sket en stigning i antal unikke patienter på 11 %, mens der har været en stigning i behandlingsintensiteten, dvs. antal kontakter pr. patient, på 18 %.

Det er som nævnt ikke muligt at isolere effekten af den statslige aktivitetspulje, men jf. ovenstående kan det konstateres, at der siden 2002 har været en betragtelig aktivitetsvækst. Dele af aktivitetsvæksten er relateret til prioriterede indsatsområder, og dele af aktivitetsstigningen kan have påvirket ventetiderne, da der er sket en stigning i antallet af unikke patienter.

Hidtil gennemførte aktivitetsanalyser peger yderligere på, at der er sket en fordyrelse af behandlingen pr. patient, dels som følge af at den enkelte patient har flere kontakter med sygehuset, dels – og primært – at hver sygehuskontakt er blevet dyrere. Samtidig er der over tid sket en ændring i aktivitetsudviklingens sammensætning, således at aktivitetsvæksten er gået fra at være drevet af behandling af flere unikke patienter til i højere grad at være drevet af en højere produktionsværdi pr. patient. Dele af den højere produktionsværdi pr. patient kan skyldes indførelse af nye behandlingsmetoder. Der er dog også indikation for, at aktivitetsafregningen har en ikke-intenderet effekt i forhold til at fastholde patienter i behandlingsforløb, spredning af aktiviteter over flere dage samt manglende tilskyndelse til at undlade indlæggelse og reducere antallet af ambulante besøg og kontroller. Indikationerne er baseret på udmeldinger fra bl.a. sundhedspersonale og hospitalsledelser.

12.5.1 Regionernes udmøntning

Som det er tilfældet med alle statslige styringsinstrumenter, har den regionale implementering og udmøntning af styringsinstrumentet stor betydning for virkningen af dette, og det gør sig også gældende for den statslige aktivitetspulje. Der findes ikke en fast model for, hvordan regionerne skal tilrettelægge styringen af sygehusene, men indførelsen af den statslige aktivitetspulje har medvirket til at igangsætte en proces i amterne og siden regionerne hen imod øget anvendelse af takststyring på sygehusene. Processen blev understøttet af, at der fra og med økonomiaftalen for 2004 blev stillet krav til amterne om, at minimum 20 % af finansieringen af sygehusene skulle ske på baggrund af præsteret aktivitet (s. 28 i (382)). Introduktionen af takststyring på sygehuse indebar, at størrelsen af sygehusenes bevillinger i et vist omfang kom til at afhænge af, hvor mange patienter der blev behandlet. Med økonomiaftalen for 2007 blev kravet til den aktivitetsbestemte andel af sygehusenes budgetter øget til 50 % (s. 39 i (401)). Der er ingen specifikke krav til regionerne omkring, hvordan den aktivitetsbestemte andel af sygehusenes budgetter indgår i deres takststyringsmodel, og der foretages ikke løbende monitorering af, hvorvidt regionerne efterlever kravet.

Regionernes takststyringsmodeller har grundlæggende lignet hinanden igennem årene, idet de har været bygget op omkring en basisbevilling med modregning og afregning for henholdsvis mindre og (eventuelt) mere aktivitet. De anvendte afregningstakster har imidlertid varieret mellem regionerne, og takststyringsmodellerne er løbende blevet målrettet til at imødekomme forskellige regionale udfordringer og er herved blevet tilpasset lokale hensyn (s. 91 i (5)).

Der er over årene sket en markant ændring i den praktiske udmøntning af de regionale takststyringsmodeller. Frem til og med 2008/2009 blev takststyringen i regionerne i høj grad udmøntet som en reel meraktivitetspulje, hvor sygehusene fik merfinansiering for al meraktivitet. Fra 2010 indførte regionerne med undtagelse af Region Syddanmark et loft for takststyringen, hvilket betød, at kun meraktivitet op til en fastlagt ramme blev honoreret (s. 68 i (6)).³⁸ Ligeledes blev det i økonomiaftalen for 2011 aftalt, at regionerne i højere grad skulle målrette anvendelsen af aktivitetspuljemidlerne, så der skete en mere prioriteret aktivitetsudvikling på de enkelte sygehuse og afdelinger (s. 42 i (403)). I rapporten fra Incitamentsudvalget konstateres det, at regionernes takststyringsmodellerne efterfølgende blev ændret, så de understøttede en mere prioriteret og afdæmpet aktivitetsvækst på sygehusene (s. 68 i (6)). En model med indbygget afregningsloft tilskynder således kun til at øge aktiviteten indtil afregningsloftet og afdæmper derved det aktivitetsdrivende incitament ved aktivitetspuljen. Ligeledes indførte flere af regionerne godkendelse af finansiering af udvalgte ekstraaktivitetsprojekter, hvorved de sikrede en prioriteret anvendelse af aktivitetspuljen.

Siden nullerne har målet om at producere mere været et styrende element både på regions-, sygehus- og afdelingsniveau. Dette skyldes dels de ekstra ressourcer, der især i nullerne blev tilført sygehusvæsenet, aktivitetspuljen og anvendelsen af takststyring i regionerne, dels som følge af 2 % produktivitetskravet, som beskrives nærmere i kapitel 13. Gennem de senere år har regionerne i imidlertid i forskelligt omfang gjort forsøg med alternative finansieringsmodeller. I Region Hovedstaden er Bornholms Hospital og forskellige centre blevet fritaget fra regionens takststyringsmodel (s. 17 i (404)). Ligeledes foretager Region Syddanmark i 2017 og 2018 forsøg med ny finansieringsmodel, hvor der for udvalgte afdelinger er rammestyring med populationsansvar (s. 42 i (405)). I Region Sjælland blev en aktivitetsstyringsmodel erstattet med et aktivitetsbudget (rammebudget) i 2016 (406), mens Region Midtjylland fra 2017 ikke længere styrer efter baseline udtrykt ved en DRG-værdi, men i stedet efter målene i regionens målbillede (407). I Region Nordjylland foretages der ligeledes i 2018 forsøg med værdibaseret styring (s. 5 i (408)).

Aktivitet er således gennem de senere år blevet et mindre styrende element i regionernes anvendte afregningsmodeller af sygehusene. Sundhedsvæsenets udfordringer over tid lader sig således også afspejle i regionernes anvendte styringsmodeller. I begyndelsen af nullerne var den store udfordring lange ventelister, mens der var stor vækst i ressourcerne i sygehusvæsenet og dermed et betydeligt økonomisk råderum, som muliggjorde finansieringen af aktivitetsudvidelsen. Op gennem nullerne blev ventetiden til sygehusbehandling reduceret, mens der i kølvandet på finanskrisen skete en opbremsning i tilførslen af ekstra midler til sygehusvæsenet. I dag er udfordringen for sundhedsvæsenet således at skabe mere og bedre sundhed i en situation, hvor der er pres på de offentlige udgifter, bl.a. som følge af den demografiske og teknologiske udvikling. Endvidere er der stærkt fokus på at skabe sammenhængende behandlingsforløb. Dette er alle omstændigheder, der gør, at regionerne via deres styringsmodeller ønsker at nedtone det aktivitetsdrivende element og i stedet via styringsmodellerne eksempelvis ønsker at skabe øget fokus på specifikke behandlings-, kvalitets- og effektiviseringsmål og/eller sammenhæng i behandlingsforløbene.

³⁸ Region Syddanmark indførte loft for meraktiviteten i 2015 (s. 17 i (402))

12.6 Vurdering af fordele og ulemper ved den statslige aktivitetspulje

Den statslige aktivitetspulje giver regionerne økonomisk incitament til at realisere de i økonomaftalerne aftalte aktivitetsmål og giver hermed regionerne tilskyndelse til et fortsat fokus på aktivitet.

Den statslige aktivitetspulje og den dertil koblede aktivitetsafhængige finansiering i regionerne (tidligere i amterne) har således bidraget til at hæve sygehusaktiviteten. Endvidere er der i samme tidsperiode sket en reduktion i ventetiderne, hvor presset fra retten til frit sygehusvalg og udvidet frit sygehusvalg utvivlsomt har spillet en betydelig rolle. Grundet andre, parallelt indførte tiltag målrettet sænkelse af ventetiderne og øgning af aktiviteten – og ikke mindst en væsentlig stigning i det samlede budget til sygehusområdet igennem nullerne – er det således ikke muligt direkte at tilskrive den observerede reduktion i ventetiderne og stigende aktivitet som en direkte effekt af den statslige aktivitetspulje i sig selv.

Størrelsen af den statslige aktivitetspulje og den anvendte marginale afregningstakst vil umiddelbart have betydning for, hvor stort et aktivitetspres puljen skaber. Netop for at afdæmpe fokus på aktiviteten blev aktivitetspuljen med økonomaftalen for 2014 halveret til 1,3 mia. kr. (2014-pl), og den marginale afregning blev reduceret fra 70 til 40 % af DRG-/DAGS-taksten. Puljen udgør således på nuværende tidspunkt lidt over 1 % af finansieringen af regionernes sygehusaktivitet. Trods puljens lille andel af den samlede finansiering af regionernes somatiske sygehusaktivitet, og selvom den marginale økonomiske betydning af ikke at realisere de aftalte aktivitetsmål er blevet mindre, skaber puljen stadig et aktivitetspres, idet regionerne indregner aktivitetspuljen i deres budget. Produktivtetskravet har årligt flyttet det aktivitetsniveau, der skal til for at udløse aktivitetspuljen, hvilket har øget fokus på aktiviteten som det overordnede styringsmål. Produktivtetskravet er imidlertid – jf. kapitel 13 – suspenderet i 2018.

Aktiviteten i sundhedsvæsenet måles ved DRG-værdi. Det danske DRG-system er i udgangspunktet et kontaktbaseret afregningssystem, hvilket er blevet fremhævet som et problem, da det kan give tilskyndelse til, at den enkelte patients behandlingsforløb brydes op i flere kontakter end nødvendigt for at opnå højere aktivitet og dermed højere afregning (s. 71 i (5)). Særligt gennem de senere år er der rejst øget kritik af det aktivitetsfokus, som den statslige aktivitetspulje, den kommunale aktivitetsafhængige medfinansiering og de lokale regionale takststyringsmodeller har afstedkommet, da der opleves at være en utilsigtet effekt i forhold til, at aktivitet i sig selv bliver målet, frem for at målet er den "rigtige" aktivitet (409), dvs. den aktivitet, der skaber den største sundhedsmæssige værdi.

Det er imidlertid vanskeligt at dokumentere, at sygehusene har øget aktiviteten u hensigtsmæssigt meget på nogle områder (s. 333 i (381)). At denne utilsigtede effekt forekommer, understøttes delvist af analysen af aktiviteten på sygehusene i perioden 2005-2010 (410), som viser, at cirka halvdelen af den samlede årlige aktivitetsstigning ikke kan forklares ud fra ændringer i sygdomsbilledet eller i demografien, og at en stor del af den øgede aktivitet er gået til mere behandling af den enkelte patient med dertil hørende højere gennemsnitlige behandlingsudgifter pr. patient. Der kan imidlertid være andre kliniske forklaringer på øgningen i aktiviteten pr. patient.

Problemstilling vedrørende manglende incitament til at samle aktiviteter er delvist forsøgt løst gennem indførelse af sammedagspakker, der har til formål at sikre, at det økonomisk er rationelt at samle behandlingen på én dag. Desuden vil indførelse af et loft for stigningen i produktionsværdien pr. patient kunne forventes at reducere udviklingen i antallet af kontakter pr. patient (unikt cpr-nummer) (s. 142 i (6)). Det nuværende loft omfatter kun værdistigningen pr. kontakt og dermed ikke den samlede værdistigning pr. patient. Mulighederne for indførelse af et 'cpr-creep'-mål har tidligere været drøftet, men er aldrig blevet realiseret.

Der har været fremført kritik af, at den statslige aktivitetspulje ikke tilskynder til sammenlægning af aktiviteter, men snarere splitter behandlingen op i flere aktiviteter – og heller ikke tilskynder til eventuelt at omlægge behandlingen til et lavere specialiseringsniveau, hvis det indebærer lavere DRG-værdi og dermed aktivitetsniveau (s. 53 i (6)). Endvidere har det været fremført, at aktivitetspuljen potentielt tilskynder til overbehandling og utilsigtede lægefaglige prioriteringer og dermed ikke til en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne. Samtidig påpeges det, at incitamenterne i aktivitetspuljen ikke understøtter ønsket om øget kvalitet og mere sammenhængende patientforløb. Det er dog vanskeligt at påvise disse effekter, da det er svært at finde egnede studiedesigns til at undersøge fænomenerne.

Incitamenterne i den statslige aktivitetspulje tilskynder til fokus på aktivitet. Øget aktivitet kan imidlertid – jf. diskussionen i afsnit 2.1.3 – ikke sidestilles med 'øget sundhedsmæssig værdi'. Der er imidlertid ikke nogle gode udtryk for sundhedsmæssig værdi i dag, men der er sat et udviklingsarbejde i gang, jf. bl.a. arbejdet med værdibaseret styring.

Regionerne har – jf. boksen på side 155-157 – mulighed for at for at få foretaget korrektioner ved omlægning/effektivisering af aktivitet, der kan registreres med en DRG-kode, hvilket i princippet delvist imødegår problemet om puljens manglende fleksibilitet i forhold til at omlægge aktiviteten. I praksis kan ordningen omkring baselinekorrektioner imidlertid virke uoverskuelig og tidmæssigt ressourcekrævende, da det eksempelvis kræver dokumentation af omlægningen og dens betydning, hvilket kan begrænse brugen af muligheden (341).

Opsummerende vurdering af den statslige aktivitetspulje

Klart formål: Formålet med den statslige aktivitetspulje er at give regionerne økonomisk tilskyndelse til at realisere de aktivitets- og produktivetsforudsætninger, der aftales i de årlige økonomiaftaler (s. 53 i (6)) ved krav om, at regionerne skal nå over baseline for at få udbetaling fra aktivitetspuljen.

Effekter: Aktivitetspuljen har skabt fokus på aktiviteten i sygehusvæsenet og tilskyndet til aktivitetsstigning. Det er imidlertid ikke muligt at isolere effekten af den statslige aktivitetspulje, da der i samme periode er indført andre initiativer og styringsinstrumenter, der har haft til hensigt at nedbringe ventetiderne og øge aktiviteten. Yderligere var der fra 2001 til 2009 en væsentlig tilførsel af ressourcer til sygehusvæsenet. Med det in mente kan det konstateres, at der siden 2002 har været et fald i ventetiderne og en betragtelig aktivitetsvækst i sygehusvæsenet.

Aktivitetsvæksten var i de første år primært drevet af behandling af flere unikke patienter, mens en større andel af aktivitetsvæksten efterfølgende er blevet drevet af en højere produktionsværdi pr. patient, som følge af flere kontakter pr. patient og højere produktionsværdi pr. kontakt.

Samspillet med øvrige styringsinstrumenter i sundhedsvæsenet. Aktivitetspuljen har langt hen af vejen været en måde til at sikre overholdelsen af produktivetskravet, idet at det har været nødvendigt at realisere produktivetskravet på 2 % for at få udbetalt aktivitetspuljen. Produktivetskravet er imidlertid suspenderet i 2018, hvilket betyder at aktivitetspuljen nu kun er et værn mod faldende aktivitet.

National styring og lokal tilpasning: Der findes ikke en fast model for, hvordan regionerne skal tilrettelægge styringen af sygehusene, og der er ingen specifikke krav til regionerne omkring, hvordan den aktivitetsbestemte andel af sygehusenes budgetter indgår i deres takststyringsmodel. Desuden foretages der ikke løbende monitorering af hvorvidt regionerne efterlever takststyringskravet.

Kræver styringsinstrumentets effektivitet understøttelse af data? Den statslige aktivitetspulje kræver understøttelse af gode aktivitetsdata, hvilket det danske DRG-system giver gode muligheder for at levere, det er dog en forudsætning, at data kan leveres retvisende og rettidigt.

Understøtter instrumentet en enkel og gennemskuelig styring? Den statslige aktivitetspulje er i sig selv en simpel konstruktion i forhold til at skabe fokus på aktivitetsniveauet. Aktivitetspuljen og produktivetskravet har betydet, at der er skabt et stærkt aktivitetsfokus. Mulighederne for baseline-korrektioner til at justere for større omlægninger har været administrativt krævende, hvilket har været en barriere for at benytte muligheden for justeringer inden for styringsinstrumentet.

13 Produktivitetskrav

Af Betina Højgaard

Frem til 2017 har landets sygehuse været underlagt et årligt produktivitetskrav. Kravet er suspenderet i 2018. Produktivitetskravet var i 2002 til 2003 på 2 %, mens det i perioden 2004 til 2006 var på 1,5 % for igen fra 2007 og frem at være på 2 % (411). Produktivitetskravet blev fra 2002 sammenkoblet med den statslige aktivitetspulje, hvilket i praksis betød, at regionernes aktivitet på sygehusene årligt skulle øges med 2 % inden for den samme økonomiske ramme, for at regionerne fik del i aktivitetspuljen. Inden da havde der også været et produktivitetskrav, men uden at det var koblet til en aktivitetspulje.

Boksen nedenfor giver et overblik over de centrale aspekter i forhold til produktivitetskravet. I de følgende afsnit gives en mere detaljeret beskrivelse.

Centrale aspekter i forhold til et årligt produktivitetskrav
<i>Definition</i>
Siden 2002 har regionernes aktivitet på sygehusene været underlagt et årligt produktivitetskrav. Produktivitetskravet har siden 2007 været på 2 % ved fuld udnyttelse af den statslige aktivitetspulje, hvilket har betydet, at sygehusene årligt har skullet øge deres aktivitet med 2 % inden for den samme økonomiske ramme. Kravet er indbygget i aktivitetspuljen, og herved har regionerne skullet øge produktiviteten på sygehusene med 2 % for at kunne få andel i den statslige aktivitetspulje. Kravet indgår som et aftaleelement i de samlede økonomiaftaler og det samlede generelle økonomiske løft i forbindelse med økonomiaftalerne til sundhedsområdet de givne år.
<i>Formål</i>
Formålet med produktivitetskravet er "at sikre, at der ikke sker en relativ fordyrelse af sygehusenes produktion sammenlignet med den øvrige produktion i samfundet" (s. 11 i (137)). Kravet skal dermed være med til at sikre øget kapacitet gennem en løbende effektivisering af sundhedsvæsenet.
<i>Styringsinstrumenttype</i>
Økonomisk incitament.
<i>Centrale hensyn, der understøttes</i>
Instrumentet tilskynder til omkostningsbevidsthed og effektiv ressourceanvendelse, idet omkostningerne pr. produktionsenhed (opgjort med DRG-systemet) skal reduceres, for at aktiviteten kan øges inden for den samme budgetramme.
<i>Baggrund for indførelsen</i>
Produktivitetskravet blev skabt i 2002 for at få hospitalerne til at øge behandlingskapaciteten og skabe mere aktivitet.
<i>Tilpasninger</i>
Produktivitetskravet var i 2002 til 2003 på 2 %, mens det i perioden 2004 til 2006 var 1,5 % for igen fra 2007 og frem at være på 2 %.
<i>Anvendelsen i dag</i>
Produktivitetskravet er suspenderet i 2018.

Centrale aspekter i forhold til et årligt produktivetskrav
<i>Dokumenterede effekt</i>
Sygehusene har fra 2003 til 2016 i gennemsnit leveret en produktivetsøgning på 2,3 % om året. Det er imidlertid ikke muligt at vurdere effekten af produktivetskravet heraf isoleret set, idet mange andre faktorer end produktivetskravet påvirker produktivetsudviklingen i sundhedsvæsenet.
<i>Implikationer for regionernes styring</i>
Regionerne har frie rammer til at udmønte produktivetskravet på sygehusene. Det vil sige, at det står dem frit for at stille lavere krav på ét sygehus mod at kravet er tilsvarende højere på et andet.
<i>Fordele</i>
Produktivetskravet sikrer løbende fokus på omkostningsbevidsthed, øget produktivitet og realisering af gevinsterne ved ny teknologi, bedre arbejdsgange og nye behandlingsmetoder mv. Endvidere har produktivetskravet på grund af sin udformning været med til at sætte fokus på aktiviteten på sygehusene.
<i>Ulemper</i>
Produktivetskravet modvirker i sin hidtidige form sygehusenes incitament til at flytte opgaver til primærsektoren, og dermed at opgaven løses på lavest mulige omkostningsniveau. Samtidig understøtter kravet ikke behovet for at skabe bedre sammenhæng på tværs af almen praksis, sygehuse og kommuner, da det, der ikke kan opgøres i DRG-systemet, kan have en tendens til at blive nedprioriteret i forhold til det, der bliver målt og belønnet. Produktivetskravet sikrer ikke, at der opnås en tilstrækkelig effekt af de ydelser, der gives, og kan derfor modvirke klinisk hensigtsmæssig prioritering af sygehusenes ressourcer.

13.1 Formålet med produktivetskravet

Formålet med produktivetskravet er "at sikre, at der ikke sker en relativ fordyrelse af sygehusenes produktion sammenlignet med den øvrige produktion i samfundet" (s. 11 i (137)). Kravet skal dermed være med til at sikre øget kapacitet gennem en løbende effektivisering af sundhedsvæsenet som følge af bl.a. nye behandlingsmetoder, ny medicin og ny teknologi.

13.2 Baggrunden for produktivetskravet

Produktivetskravet blev indført i sin nuværende form – sammen med den statslige aktivitetspulje – i 2002 for at få sygehusene til at øge behandlingskapaciteten og skabe mere aktivitet, som samlet giver mulighed for at opnå den aftalte aktivitetsforudsætning i økonomiaftalen (412). Se kapitel 12 for nærmere beskrivelse af den statslige aktivitetspulje. Jævnfør beskrivelsen i boksen side 155-157 udmøntes produktivetskravet ved, at sygehusenes forudsatte aktivitetsniveau årligt øges med 2 %, uden at grundbevillingen øges tilsvarende. Produktivetsstigningen forventes således realiseret via en aktivitetsstigning, hvor regionernes sygehuse øger deres produktivitet med 2 % over det foregående års aktivitet. Sammenkoblingen mellem aktivitetspuljen og produktivetskravet gør, at regionerne kun kan få del i den statslige aktivitetspulje, hvis de har opnået 2 % aktivitetsstigning.

Produktiviteten på de danske sygehuse opgøres som forholdet mellem input (ressourcer) og output i form af aktivitet, hvor aktiviteten måles i DRG-værdi. For nærmere beskrivelse af metoden til opgørelse af produktivitet i sygehusvæsenet, se kapitel 5.

En lang række af faktorer kan påvirke produktiviteten i sygehusvæsenet og dermed være med til at forbedre denne. Blandt de mest fremtrædende faktorer kan nævnes:

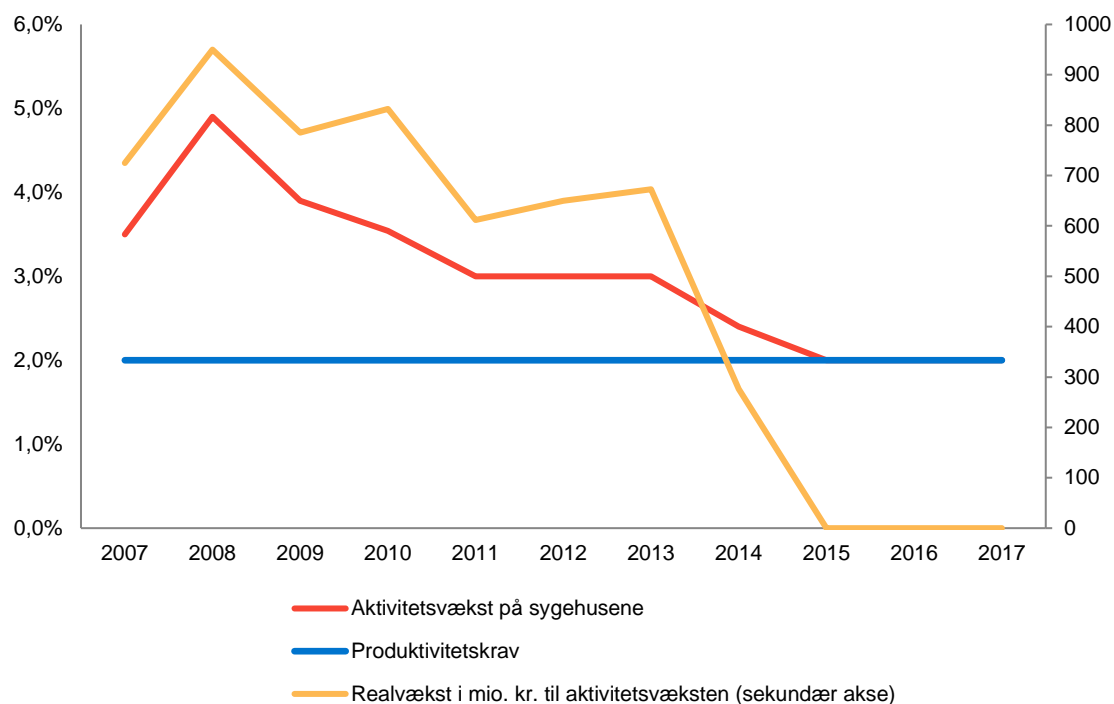
- 1) *ny teknologi* – kirurgisk, såvel som medicinsk. Eksempelvis har indførelsen af kikkertoperationer i stedet for åben kirurgi samt ballonudvidelser ved blodprop i hjertet i stedet for den mere omfattende by-pass-operation medført, at mange patienter udskrives langt hurtigere i dag end tidligere (s. 69 i (413)).
- 2) *effektivisering af arbejdsgange* – nye teknologier og rutiner kan eksempelvis benyttes til at optimere patientforløb, herunder omlægning af behandling under indlæggelse til ambulante behandling og kortere indlæggelsestid. Endvidere kan der foretages effektivisering ved, at dele af sygehusbehandlingen og plejen flyttes fra sygehusene til kommunerne (det såkaldte LEON-princip om, at behandling bør gennemføres på laveste effektive omkostningsniveau). Ligeledes vil effektiviseringen af indkøb af medicin og medicinudstyr kunne øge produktiviteten.
- 3) *god ledelse*, som eksempelvis kan medføre bedre kapacitetsudnyttelse og arbejdstilrettelæggelse.
- 4) *optimerede fysiske rammer*. Eksempelvis er alle sygehuse under kvalitetsfondsprojekterne med undtagelse af Slagelse Sygehus' akutmodtagelse underlagt et effektiviseringskrav på 4-8 % af driftsbudgettet for de funktioner, der berøres af byggeriet (s. 4 i (414)), idet de nye byggerier skaber mulighed for mere effektiv tilrettelæggelse af bl.a. arbejdsgange, patientforløb og logistik samt reduceret energi- og ressourceforbrug.
- 5) *højere arbejdsintensitet* i form af højere arbejdstempo.

Ny teknologi kan imidlertid også trække i den anden retning i forhold til produktiviteten, fx vil nye medicinske behandlinger eller robotkirurgi ofte være dyre og dermed potentielt kunne sænke produktiviteten. Yderligere er der nogle forhold omkring udmøntningen af produktivetskravet, som gør, at det ikke altid fremmer effektiviseringen. Jævnfør ovenstående eksempel med flytning af arbejdsopgaver fra sygehus til kommune vil det medføre et aktivitetsfald på sygehuset med dertilhørende produktivetsfald, hvis den marginale aktivitet, som flyttes, er mindre omkostningstung end den tilbageværende aktivitet.

Sygehussektoren er karakteriseret ved at være relativt arbejdsintensiv, da produktionen af ydelser kræver relativt mange personaleressourcer, som kun i begrænset omfang kan erstattes af bedre teknologi. Ifølge den såkaldte 'Baumol-effekt' er det således sværere at øge produktiviteten i servicesektoren, som sygehusene tilhører, end i eksempelvis fremstillingssektoren. Dette betyder, at der umiddelbart ikke kan forventes større produktivetsstigninger over lang tid i servicesektoren (415). Historisk tyder det da også på, at ny teknologi i sundhedsvæsenet har medført øget behandlingsbehov og udbud frem for reduktion heraf, fx har meget af innovationen på medicinområdet muliggjort behandling af sygdomme, som ikke tidligere lod sig behandle. Dette betyder imidlertid ikke, at innovation i fremtiden nødvendigvis behøver at være udgiftsdrivende, men at der i stedet kan udvikles arbejdsbesparende teknologier, som eksempelvis betyder, at patienten selv i større grad kan monitorere sin sygdom mv. (416).

Med undtagelse af ændringen af størrelsen af produktivetskravet i 2004 og 2007 er der ikke sket ændringer i selve styringsinstrumentet, men kravet om regionernes overordnede forudsætninger for at realisere produktivetskravet er ændret over tid. Figur 13.1 viser de aftalte økonomiske forudsætninger på sygehusområdet i økonomiaftalerne for 2007 til 2017. Figuren viser, at der i årene 2007 til 2014 var et krav om en aktivitetsvækst på mellem 2,4 og 4,9 %, som dels blev tilvejebragt ved realløft af budgetrammen til sygehusene, dels af 2 % produktivetskravet. Fra 2015 til 2017 var der kun en aktivitetsvækst på de 2 %, som blev realiseret via produktivetskravet.

Figur 13.1 Aftalte økonomiske forudsætninger vedrørende sygehusområdet i økonomiaftalerne for 2007 til 2017



Kilde: Økonomiaftaler mellem Danske Regioner og regeringen 2007-2017.

Der er alt andet lige lettere at producere 4 % mere aktivitet, når der ud over produktivtetskravet også tilføjes 2 % flere ressourcer, da marginalomkostningerne ved den udvidede produktion typisk vil være mindre end gennemsnitsomkostningerne (s. 14 i (282)).³⁹ Således var det i 2010 eksempelvis lettere med et realløft på 832 mio.kr. at indfri produktivtetskravet, end det var i 2015 til 2017, hvor realløftet var 0, og aktivitetsstigningen dermed alene skulle finansieres via produktivtetsstigningen. Produktivtetskravet er hermed over tid blevet sværere at indfri grundet den aftagende realvækst (s. 15 i (282)) og som følge af det vedvarende langvarige krav om en årlig aktivitetsvækst på 2 % på grund af produktivtetskravet.

13.3 Hvordan anvendes produktivtetskravet i dag

I efteråret 2017 blev regeringen og Dansk Folkeparti enige om at suspendere produktivtetskravet i 2018 for at afvente en ny model for styringen af sundhedsvæsenet (417). Beslutningen om suspensionen af produktivtetskravet kom i kølvandet på en lang periode med stigende kritik af produktivtetskravet og skal ses i lyset af det styringseftersyn, som regeringen varslede med sammenhængsreformen i foråret 2017, samt at alle regionerne i deres budgetaftaler for 2018 helt eller delvist havde afskaffet produktivtetskravet som styringsinstrument.

³⁹ Al aktivitet i sygehusvæsenet værdisættes via DRG-takster, som udtrykker den gennemsnitlige omkostning for den givne DRG-gruppe. Marginalomkostningerne vil typisk være væsentligt lavere end gennemsnitsomkostningerne for en given behandling, dvs. at sygehusene i de år, hvor der har været et realløft, har kunne realisere noget af 2 % produktivtetskravet via realløftet, idet de reelt for det finansierede aktivitetsløft har modtaget en højere betaling, end hvad de faktiske omkostninger må forventes at være.

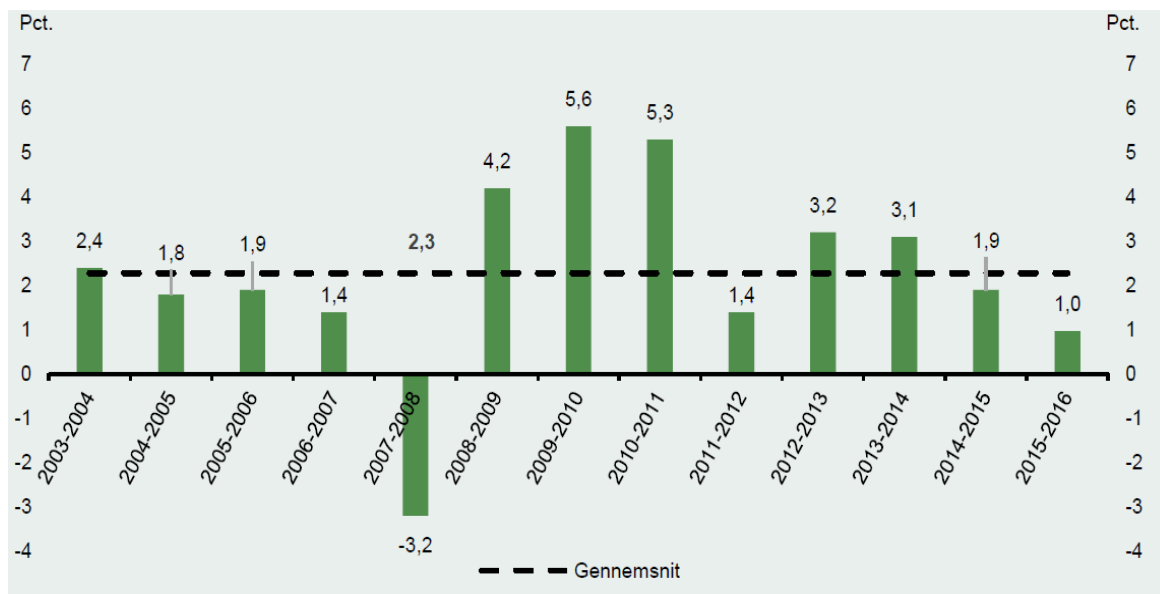
Kritikken af produktivitetskravet har fra sundhedsøkonomiske eksperter bl.a. været, at produktivitetskravet har overlevet sig selv, fordi det ikke i sig selv er produktivitetskravet, der giver produktivitetsstigningen, hvilket ses af, at der også før kravet var årlige stigninger i produktiviteten (418). Samtidig har de stillet spørgsmål til, om produktivitet i fremtiden skal være det dominerende mål, da produktivitetskravets stærke fokus på aktivitet kan forhindre den nødvendige omstilling af aktiviteten (419,420). Danske Regioners kritik af produktivitetskravet har i tråd hermed været, at produktivitetskravet er overflødig, idet at sundhedsvæsenet i dag har patientrettigheder, budgetloft og de otte nationale mål for sundhedsvæsenet. Disse krav sikrer samlet, at der ikke opstår lange ventelister, at regionernes sundhedsudgifter holder sig inden for de aftale rammer, og at sundhedsvæsenets tilstand følges tæt. Manglende aktivitet og lange ventetider, som oprindeligt var afsættet for indførelsen af produktivitetskravet, opleves således ikke som den største udfordring for sundhedsvæsenet i dag. Tværtimod opleves produktivitetskravet at føre til unødigt aktivitet på sygehusene (421). Der er ikke gennemført videnskabelige studier, og det vil være meget vanskeligt at finde studier, der kan dokumentere dette, hvorfor argumentet ikke er videnskabeligt dokumenteret. Et hyppigt anvendt eksempel på, at produktivitetskravet fører til unødigt aktivitet på sygehusene, er imidlertid meniskoperationer på slidgigtpatienter, hvor operationer ofte bliver løsningen, trods forskning viser, at patienterne ofte bliver raske ved hjælp af genoptræning, som dog ikke giver samme aktivitet til afregning (420). Dette er blot eksempler. Det kan være vanskeligere at pege på områder, hvor væksten i aktiviteten er gået for vidt.

Afslutningsvist skal påpeges, at kritikken af produktivitetskravet i vid udstrækning har gået på, at produktivitetskravet har en fast størrelse, og at det har haft en central plads i styringen af sundhedsvæsenet. Kritikken skal således ikke ses som en generel kritik af et produktivitetskrav. Der er således bred enighed om, at der også i fremtiden er behov for andre mål og opgørelsesmetoder, som snarere fokuserer på omfanget af aktivitet og opnået effekt af den tilbudte behandling. Ligeledes er der en forventning til, at det pres, som den demografiske udvikling vil skabe i de kommende år, alene vil betyde, at der også fremadrettet vil være en vækst i aktiviteten på mindst 1-2 % om året (422).

13.4 Effekt og resultat af produktivitetskravet

Sygehusene har fra 2003 til 2016 i gennemsnit leveret en produktivitetsøgning på 2,3 % om året, jf. Figur 13.2. Til sammenligning har den private sektor haft en gennemsnitlig årlig produktivitetsvækst på ca. 1 % i perioden 2002 til 2014 (s. 11 i (423)).

Figur 13.2 År til år produktivitetsudvikling 2003-2016

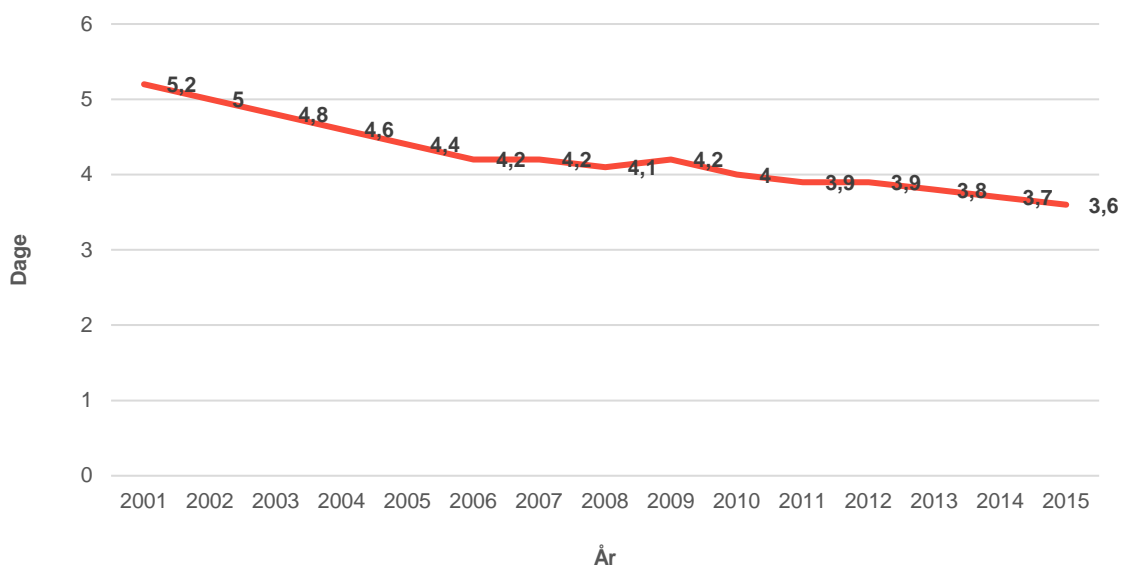


Anm.: Faldet i 2008 skyldes overenskomststrejken blandt dele af sundhedspersonalet i foråret 2008.

Kilde: (133).

Sygehusene har ikke i alle årene kunne opfylde 2 % produktivetskravet, og det er særligt den kraftige vækst i produktiviteten fra 2009 til 2011, der trækker gennemsnittet op. Stigningen i specielt 2009 skal ses som konsekvens af det store fald i produktiviteten i 2008 på grund af overenskomststrejken blandt dele af sundhedspersonalet. Faldet fra 2015 til 2016 er bl.a. forklaret af en lav udvikling i produktiviteten i Region Hovedstaden som følge af indførelsen af Sundhedsplatformen.

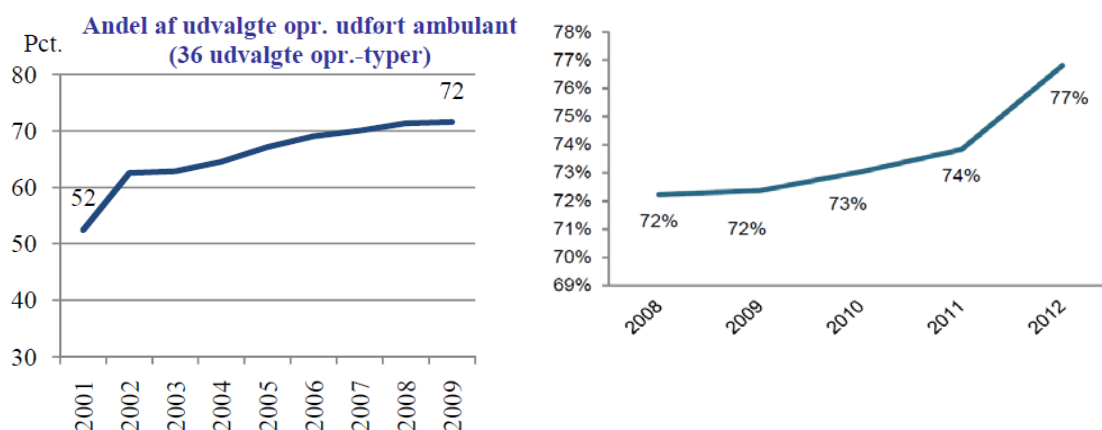
Figur 13.3 Indlæggelsestiden på sygehuse 2001-2015, dage i gennemsnit



Kilde: Tabel 4 i (424) og databank 2009-2015

Faktorer som kortere liggetid og omlægning af behandling under indlæggelse til ambulat behandling synes at have været med til at drive væksten i produktiviteten. Fra 2001 til 2015 faldt den gennemsnitlige liggetid fra 5,6 til 3,4 dag, jf. Figur 13.3, mens andelen af operationer velegnet til ambulat regi, som udføres ambulat, er steget fra 52 til 77 % i perioden 2001 til 2012, jf. Figur 13.4. Begge ændringer må formodes at have frigivet kapacitet, som har kunnet benyttes til at øge aktiviteten.

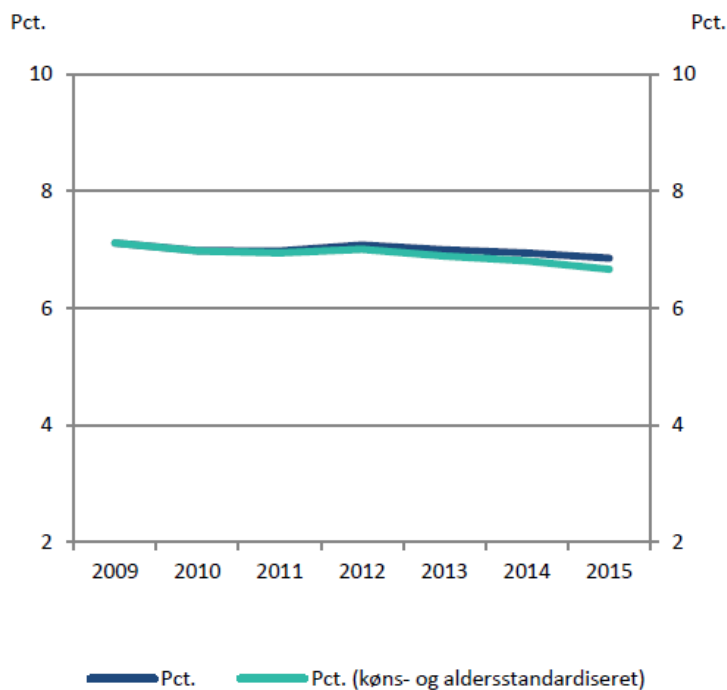
Figur 13.4 Andel operationer velegnet til ambulat regi som udføres ambulat, 2001-2012



Kilde: (424,425).

Ovenstående figurer viser, at der har været en produktivitetsvækst i sundhedsvæsenet, som gennemsnitligt har ligget over produktivetskravet, samt nogle af de forklarende faktorer på denne produktivitetsvækst. Det er imidlertid ikke muligt at vurdere produktivetskravets isolerede effekt herpå, og i hvilket omfang det har påvirket produktiviteten. Opgørelsen af produktiviteten på de danske sygehuse er, jf. kapitel 5, ikke kvalitetsjusteret, dvs. den målte produktivitet i sygehusvæsenet er udtryk for forholdet mellem input (ressourcer) og output i form af aktivitet. Det kan herved ikke udelukkes, at dele af aktivitetsvæksten er sket på bekostning af kvaliteten. Akutte genindlæggelser kan eksempelvis være udtryk for kvalitetsproblemer som følge af fx for tidlig udskrivning. Jævnfør Figur 13.5 er antallet af akutte somatiske genindlæggelser imidlertid faldet i perioden 2009-2015. Stigende antal af påbud fra Arbejdstilsynet til sygehusene på grund af for "stor arbejdsmængde" og "tidspres" er i debatten endvidere blevet brugt til indikation af den utilsigtede effekt af produktivetskravet samt som argumentation for, at der over tid er blevet sværere at indfri kravet (426,427).

Figur 13.5 Akutte somatiske genindlæggelser 2009-2015, andel af alle indlæggelser i procent



Kilde: Figur 24 i (413).

13.4.1 Regionernes udmøntning af 2 % produktivitetskravet

Regionerne har haft frie rammer til at udmønte produktivitetskravet på sygehusene. Der har således ikke været konkrete krav til regionerne om, hvordan de udmøntede kravet på sygehus- og afdelingsniveau.

Regionerne har i de fleste tilfælde videregivet produktivitetskravet til sygehusene gennem fastsættelsen af baseline (s. 13 i (282); s. 144 i (6)). Nogle regioner har direkte videreført produktivitetskravet til sygehusene, mens andre har anvendt et differentieret produktivitetskrav til sygehusene (s. 68 i (6); s. 31 og 46 i (428)).⁴⁰ Eksempelvis har Region Syddanmark i en periode anvendt differentierede produktivitetskrav til at udligne produktivitetsforskelle inden for regionen (s. 68 i (6)).

Ved direkte videreførelse af produktivitetskravet til sygehus- og afdelingsniveau foretages der ikke en vurdering af, hvorvidt nogle sygehuse eller enheder har et større eller mindre potentiale for at effektivisere deres produktion. Direkte videreførelse af produktivitetskravet kan således være udtryk for, at det vurderes, at alle sygehuse har et lige stort effektiviseringspotentiale, men det kan også udtrykke manglende kendskab til de lokale sygehusforhold og strukturer, herunder eksempelvis sygehusenes omkostningsstruktur, samt at det administrativt og politisk har været lettest.

⁴⁰ Produktivitetskravet på afdelingsniveau aftales mellem sygehusledelsen og afdelingsledelsen og vil let kunne variere mellem afdelingerne (s. 13 i (282)).

Figur 13.6 Produktivitetsudviklingen i regionerne, 2003-2016

Region	Produktivitetsudvikling år til år, i procent													Gns. pct.
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2003
Hovedstaden	2,2	1,9	1,9	0,1	-2,7	4,7	8,3	5,0	3,0	3,1	2,8	0,5	-0,3	2,3
Sjælland	1,6	-0,3	1,6	1,5	-2,7	5,2	7,5	6,3	1,3	4,4	0,3	6,2	1,0	2,6
Syddanmark	2,7	2,4	2,1	1,0	-2,0	5,0	3,6	5,6	-0,3	4,1	2,3	1,8	2,4	2,3
Midtjylland	2,8	2,1	1,4	2,4	-5,6	2,4	4,4	3,6	0,7	3,1	4,9	0,9	1,0	1,8
Nordjylland	2,8	1,9	2,7	4,2	-2,7	4,1	0,6	8,1	1,0	-0,6	5,0	4,2	2,7	2,6
Hele landet	2,4	1,8	1,9	1,4	-3,2	4,2	5,6	5,3	1,4	3,2	3,1	1,9	1,0	2,3

Kilde: Tabel 2.2 i (133).

Figur 13.6 viser, at der over tid har været væsentlige regionale forskelle i produktivitetsudviklingen.

13.5 Vurdering af fordele og ulemper ved produktivitetskravet

Produktivitetskravet sikrer løbende fokus på øget produktivitet og realisering af gevinsterne ved ny teknologi, effektiviserede arbejdsgange, øget omkostningsbevidsthed, nye behandlingsmetoder mv.

Endvidere har produktivitetskravet grundet sin udformning været med til at sætte fokus på aktiviteten på sygehusene. Dette var en fordel i nullerne, hvor der var et klart ønske om at øge aktiviteten. Samtidig kan der argumenteres for, at de nuværende udrednings- og ventetidsgarantier sikrer, at der er fokus på, at der er tilstrækkelig aktivitet på sygehusene, hvorfor produktivitetskravet ikke vurderes lige så centralt som tidligere i forhold til sikring af et passende aktivitetsniveau, men i givet fald alene skal være med til at sikre en bedre ressourceudnyttelse ('effektivisering').

Produktivitetskravet i sin nuværende udformning og målemetode synes imidlertid at stå i vejen for at løse nogle af de store udfordringer, der er i dagens sundhedsvæsen, fx i form af mangel på sammenhæng og at sikre tilstrækkelig effekt af ydelserne i sundhedsvæsenet. Anvendelsen af DRG-systemet til opgørelsen af produktivitet medfører, at DRG-kategorierne bliver styrende for, hvordan produktivetsgevinsterne kan opnås. Dette kan virke hæmmende for mulighederne for at øge produktiviteten ved fx hjemmebehandling og -monitorering, omlægning af behandling, omlægning af aktivitet til andre sektorer mv, da sygehusene herved vil miste aktivitet. Produktivitetskravet modvirker således i sin hidtidige form sygehusenes incitament til at flytte opgaver til eksempelvis primærsektoren, og dermed at opgaven løses på lavest mulige omkostningsniveau. Samtidig understøtter kravet ikke behovet for at skabe bedre sammenhæng på tværs af almen praksis, sygehuse og kommuner, da det medfører et ressourceforbrug, som ikke afspejles i de nuværende opgørelsesmetoder for aktivitet på sygehusene, og det har derfor en tendens til at blive nedprioriteret i forhold til det, der bliver målt og belønnet (419).

Produktivitetskravet sikrer ligeledes ikke, at der opnås en tilstrækkelig effekt af de ydelser, der gives (420). Samspillet med andre styringsinstrumenter vil imidlertid kunne bidrage hertil, hvis fx der i andre dele af de anvendte styringsinstrumenter i sundhedsvæsenet er fokus på den opnåede kvalitet. Dette vil dog kræve, at incitamenterne i kvalitetsstyringsinstrumentet er lige så "stærke" som for produktivitetskravet.

Øget produktivitet kan imidlertid være en del af svaret på problematikken for at imødekomme en forventet stigende efterspørgsel efter sundhedsydelser med flere ældre borgere (419).

Opsummerende vurdering af produktivetskravet

Klart formål: Formålet med produktivetskravet er sikre en løbende effektivisering af sundhedsvæsenet. Den manglende justering for kvalitet og outcome i opgørelsen af produktivetsopgørelserne gør dog, at øget produktivitet ikke nødvendigvis er lig med øget effektivitet.

Effekter: Sygehusene har fra 2003 til 2016 i gennemsnit leveret en produktivetsøgning på 2,3 % om året. Det er imidlertid ikke muligt at vurdere produktivetskravets isolerede effekt herpå, og i hvilket omfang kravet har påvirket produktiviteten, idet mange andre faktorer end produktivetskravet påvirker produktiviteten i sundhedsvæsenet.

Samspillet med øvrige styringsinstrumenter i sundhedsvæsenet: I den hidtidige udmøntning har produktivetskravet og den statslige aktivitetspulje været koblet, hvilket har sat fokus på aktiviteten. Endvidere er der et samspil i forhold til de nationale mål, idet produktivetskravet indirekte medvirker til mål-opfyldelse på en række af de inkluderede mål.

National styring og lokal tilpasning: Regionerne har haft frie rammer til at udmønte produktivetskravet på sygehusene. Der har således ikke været konkrete krav til regionerne om, hvordan de udmøntede kravet på sygehus- og afdelingsniveau, dvs. det står dem frit for at stille lavere krav på ét sygehus mod, at kravet er tilsvarende højere på et andet sygehus. Regionerne har i de fleste tilfælde videregivet produktivetskravet til sygehusene gennem fastsættelsen af baseline. Det er forskelligt, hvorvidt regionerne direkte har videreført produktivetskravet til sygehusene, eller om de har anvendt et differentieret.

Kræver styringsinstrumentets effektivitet understøttelse af data? Produktivetskravet kræver understøttelse af gode aktivitetsdata, hvilket det danske DRG-system giver gode muligheder for at levere.

Understøtter instrumentet en enkel og gennemskuelig styring? Produktivetskravet er på den ene side et enkelt styringsinstrument, idet produktivetskravet fastsættes direkte via sygehusenes forudsatte aktivitet. Ved optimal udmøntning på sygehusniveau kræver det imidlertid detaljeret viden omkring den lokale produktivitet og omkostningsstruktur, og det kræver registreringer, efterregistreringer og korrektioner for at sikre retvisende produktivetsopgørelser – hvilket kan være komplekst.

Litteratur

- (1) Regeringen. Sammenhængsreform. Borgeren først - en mere sammenhængende offentlig sektor. København: Finansministeriet; 2017.
- (2) Finansministeriet. Aftaler om den kommunale og regionale økonomi 2018. København: Finansministeriet; 2017.
- (3) Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet. Videreudvikling af styringen på sundhedsområdet - kommissorium for et styringseftersyn. København: Sundheds- og Ældreministeriet; Finansministeriet; Økonomi- og Indenrigsministeriet; 26. juni 2017.
- (4) Wright A, Cornick E, Jones H, Marshall L, Roberts A. Towards an Effective NHS Payment System: Eight Principles. London: The Health Foundation & NHS Providers; 2017.
- (5) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Effektiv styring på sygehusområdet. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2009.
- (6) Danske Regioner, KL, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Bedre incitamenter i sundhedsvæsenet. København: Danske Regioner, KL, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet & Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2013.
- (7) Jacobsen AB, Jakobsen MLF. Offentlig styring og koordination. In: Blom-Hansen J, Christiansen PM, Pallesen T, Serritzlew S, editors. Offentlig forvaltning - et politologisk perspektiv. 3rd ed. København: Hans Reitzels Forlag; 2014. p. 52-76.
- (8) Thuesen F, Bille R. Politiske styringsinstrumenter på beskæftigelsesområdet. Et litteraturstudie med fokus på statslig styring af forvaltningen (SFI 17:12). København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2017.
- (9) Lerborg L. Akkreditering - bureaukratiseret tillid. Århus: Krevi; 2008.
- (10) Andersen LB, Jacobsen CB, Jakobsen MLF, Pallesen T, Serritzlew S. Økonomiske incitamenter i den offentlige sektor. Muligheder og begrænsninger for styringen af adfærd og performance. 2nd ed. København: Hans Reitzels Forlag; 2017.
- (11) Kise NJ, Risber MA, Stensrud S, Ranstam J, Engebretsen L, Roose EM. Exercise therapy versus arthroscopic partial meniscectomy for degenerative meniscal tear in middle aged patients: Randomised controlled trial with two year follow-up. *British Journal of Sports Medicine* 2016;50(23):1473-1480.
- (12) Mendelson A, Kondo K, Damberg C, Low A, Motuapuaka M, Freeman M, et al. The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care: A Systematic Review. *Ann Intern Med* 2017;166(5):341-353.
- (13) Ryan AM, Krinsky S, Kontopantelies E, Doran T. Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study. *Lancet* 2016;388(10041):268-274.
- (14) OECD. Better Ways to Pay for Health Care, OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing; 2016.
- (15) Scott A, Liu M, Yong J. Financial Incentives to Encourage Value-Based Health Care. *Medical care research and review: MCRR* 2016;Epub Nov 4.(doi: 10.1177/1077558716676594).

- (16) Bech M, Pedersen KM, Bartels P, Mainz J, Hansen AM. Offentliggørelse af information om kvalitet. Kvalitetsudvikling i praksis Danmark: Munksgaard; 2011. p. 405-422.
- (17) Ketelaar NA, Faber MJ, Flottorp S, Rygh LH, Deane KH, Eccles MP. Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers, professionals or organisations. The Cochrane database of systematic reviews 2011(11):CD004538.
- (18) Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S editors. Performance Measurement for Health System Improvement Experiences, Challenges and Prospects. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
- (19) Lindenauer PK, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM, Ma A, et al. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. N Engl J Med 2007;356(5):486-496.
- (20) Fung CH, Lim YW, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. Ann Intern Med 2008;148(2):111-123.
- (21) Schleifer A. A theory of yardstick competition. Rand J Econ 1985;16(3):319-327.
- (22) Kumpunen S, Trigg L, Rodrigues R. Public reporting in health and long-term care to facilitate provider choice (Policy Summary 13). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014.
- (23) Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet, Danske Regioner, KL. Forståelsespapir for fastlæggelse af nationale mål for sundhedsvæsenet. [U.st.]: Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet, Danske Regioner & KL; 2016.
- (24) Sundheds- og Ældreministeriet, KL, Danske Regioner. Nationale mål for sundhedsvæsenet. København: Sundheds- og Ældreministeriet, KL & Danske Regioner; 2017.
- (25) Bundgaard B. Dumpekarakter til stjernesystemet. Ugeskrift for Læger 2009;171(5):354.
- (26) NIP. Det Nationale Indikatorprojekt til måling og forbedring af de sundhedsfaglige kerneydelser. NIP Håndbogen (Version 1). Århus: NIP-sekretariatet, Det Nationale Indikator Projekt; 2007.
- (27) Mathiasen SH, Nøhr K, Søndergård Pedersen H, Rasmussen LH, Tietze J. Når nationale indikatorer bliver lokale. Læreriige erfaringer fra det Nationale Indikatorprojekt på sundhedsområdet. Aarhus: KREVI; 2010.
- (28) Bogh SB, Falstie-Jensen AM, Hollnagel E, Holst R, Braithwaite J, Johnsen SP. Improvement in quality of hospital care during accreditation: A nationwide stepped-wedge study. Int J Qual Health Care 2016;28(6):715-720.
- (29) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Nationalt Kvalitetsprogram for Sundhedsområdet 2015-2018. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2015.
- (30) Regeringen, Danske Regioner, KL. Aftale om nationale mål for sundhedsvæsenet - 2016. [København]: Regeringen, Danske Regioner & KL; 2016.
- (31) Danske Regioner. Regionernes Resultater - Danske Regioner 2007-2017. København: Danske Regioner; 2017.
- (32) Wennberg JE. Tracking Medicine: A Researcher's Quest to Understand Health Care. Oxford, UK: Oxford University Press; 2010.

- (33) Sundheds- og Ældreministeriet, KL, Danske Regioner. Nationale mål for sundhedsvæsenet. København: Sundheds- og Ældreministeriet, KL & Danske Regioner; 2017.
- (34) Social- og Indenrigsministeriet. 10 mål for social mobilitet. Fordi alle kan. København: Social- og Indenrigsministeriet; 2015.
- (35) Laudicella M, Martin S, Li Donni P, Smith PC. Do Reduced Hospital Mortality Rates Lead to Increased Utilization of Inpatient Emergency Care? A Population-Based Cohort Study. 2017.
- (36) Rambøll, Implement, KORA. Analyse af internationale erfaringer med kvalitetsinitiativer på sundhedsområdet. Rapport udarbejdet for Ministeriet for Sundhed og forebyggelse. København: Rambøll; 2012.
- (37) Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schoffski O. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health Policy* 2013;110(2-3):115-130.
- (38) Lin Y, Yin S, Huang J, Du L. Impact of Pay for Performance on Behavior of Primary Care Physicians and Patient Outcomes. *J Evid Based Med* 2016;9(1):8-23.
- (39) Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence. *JAMA* 2000;283(14):1866-1874.
- (40) Shekelle PG, Lim Y, Mattke S, Damberg C. Does public release of performance results improve quality of care? A systematic review. London: The Health Foundation; 2008.
- (41) Harris Interactive. Consumer research: America's readiness to choose a doctor or hospital. Omnibus Survey. Prepared by Harris Interactive for Healthgrades, October 2012. New York: Harris Interactive; 2012.
- (42) Anell A, Dietrichson J, Ellegård LM, Kjellsson G. Information, Switching Costs, and Consumer Choice Evidence from Two Randomized Field Experiments in Swedish Primary Health Care. Working Paper. Lund: Department of Economics, School of Economics and Management, University of Lund; 2017.
- (43) Marshall M, Noble J, Davies H, Waterman H, Walshe K, Sheaff R, et al. Development of an information source for patients and the public about general practice services: an action research study. *Health Expectations* 2006;9(3):265-274.
- (44) Kolstad JT. Information and Quality When Motivation is Intrinsic: Evidence from Surgeon Report Cards. *American Economic Review* 2013;103(7):2875-2910.
- (45) Konetzka RT, Werner RM. Applying market-based reforms to long-term care. *Health Aff (Millwood)* 2010;29(1):74-80.
- (46) Werner RM, Norton EC, Konetzka RT, Polsky D. Do consumers respond to publicly reported quality information? Evidence from nursing homes. *J Health Econ* 2012;31(1):50-61.
- (47) Grabowski DC, Town RJ. Does information matter? Competition, quality, and the impact of nursing home report cards. *Health Serv Res* 2011;46(6):1698-1719.
- (48) Clement JP, Bazzoli GJ, Zhao M. Nursing home price and quality responses to publicly reported quality information. *Health Serv Res* 2012;47(1):86-105.
- (49) Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: effect on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012;13(6):CD000259.

- (50) Kongstad L, Mellace G, Olsen KR. Can the use of Electronic Health Records in General Practice reduce hospitalizations for diabetes patients? Evidence from a natural experiment (WP 16/25). York: Health Econometrics and Data Group, University of York; 2016.
- (51) Harrison MJ, Dusheiko M, Sutton M, Gravelle H, Doran T, Roland M. Effect of a national primary care pay for performance scheme on emergency hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: controlled longitudinal study. *BMJ* 2014;349(Nov 11):g6423.
- (52) Reed M, Huang J, Brand R, Graetz I, Neugebauer R, Fireman B, et al. Implementation of an outpatient electronic health record and emergency department visits, hospitalizations, and office visits among patients with diabetes. *JAMA* 2013;310(10):1060-1065.
- (53) Werner RM, Asch DA. The unintended consequences of publicly reporting quality information. *JAMA* 2005;293(10):1239-1244.
- (54) Lester HE, Hannon KL, Campbell SM. Identifying unintended consequences of quality indicators: a qualitative study. *BMJ Qual Saf* 2011;20(12):1057-1061.
- (55) Kerpershoek E, Groenleer M, de Bruijn H. Unintended responses to performance management in dutch hospital care: Bringing together the managerial and professional perspectives. *Pub Man Rev* 2016;18(3):417-436.
- (56) Pedersen KM. Kvalitet og økonomi. In: Mainz J, Bartels P, Bek T, Pedersen K, Krøll V, Rhode P, editors. *Kvalitetsudvikling i Praksis Danmark*: Munksgaard; 2011. p. 375-387.
- (57) DIKE. Bruger- og patienttilfredshedsundersøgelser i sundhedsvæsenet 1990-1994. København: DIKE. Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi; 1996.
- (58) Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse. Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser 2015. Frederiksberg: Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden; 2016.
- (59) CFK Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. Koncept for LUP-Psykiatri. Landsdækkende undersøgelse af Patient- og Pårørendeoplevelser. Aarhus: CFK Folkesundhed og Kvalitetsudvikling; 2016.
- (60) Sundhedsstyrelsens udvalg for kvalitetsudvikling. National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 1993.
- (61) Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse. Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser blandt Fødende 2016 (LUP Fødende 2016). Frederiksberg: Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden; 2017.
- (62) Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse. Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser i Akutmodtagelser – akut ambulante patienter. Udarbejdet på vegne af regionerne (LUP Akutmodtagelse 2016). København: Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden; 2017.
- (63) Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (DSKS). Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner & Metodehåndbog i kvalitetsudvikling. [U.st.]: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet; 2016.
- (64) Aharony L, Strasser S. Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Med Care Rev* 1993 Spring;50(1):49-79.

- (65) Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966;44(3):166-206.
- (66) Enheden for Brugerundersøgelser. Landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse. Patienters vurdering af landets sygehuse 2000. Glostrup: Enheden for Brugerundersøgelser, Københavns Amt; 2001.
- (67) Bruster S, Jarman B, Bosanquet N, Weston D, Erens R, Delbanco TL. National surveys of hospitals. *BMJ* 1994;309:1542.
- (68) Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse. Faktarapport LUP 2014 – uddybende information om koncept og metode. Frederiksberg: Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden; 2015.
- (69) Enheden for Brugerundersøgelser. Patienters oplevelser på landets sygehuse 2004. Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP 2004). København: Enheden for Brugerundersøgelser; 2005.
- (70) Enheden for Brugerundersøgelser. Den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser 2009 (LUP 2009). Frederiksberg: Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden; 2009.
- (71) Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse. Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser 2013 (LUP 2013). Frederiksberg: Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden; 2014.
- (72) Enheden for Brugerundersøgelser. Landsdækkende undersøgelse af kræftpatienters oplevelser. En Spørgeskemaundersøgelse blandt 19.455 kræftpatienter. Frederiksberg: Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden; 2009.
- (73) Sundhedsstyrelsen. Kræftplan II. Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet. København: Sundhedsstyrelsen. Enhed for Planlægning; 2005.
- (74) Regeringen. Jo før – jo bedre. Tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår for alle. København: Ministeriet for sundhed og forebyggelse; 2014.
- (75) Alwin D, Krosnick AD. The reliability of survey attitude measurement. *Sociological Methods & Research* 1991;20(1):139-181.
- (76) Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Soc Sci Med* 1998 Nov;47(9):1351-1359.
- (77) Coyle J. Understanding dissatisfied users: Developing a framework for comprehending criticisms of health care. *Journal of Advanced Nursing* 1999;30(3):723-731.
- (78) Andersen C. Danmark, landet med de mange tilfredse patienter. *Ugeskrift for Læger* 2006;168(1):14-17.
- (79) Boolsen MW, Plum LM, Hillingsø JG. Den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser har tvivlsom værdi. *Ugeskrift for Læger* 2013;175(35):1954-1957.
- (80) Riiskjær E, Ammentorp, J. & Kofoed, P. E. Er 96 procent af patienterne virkelig tilfredse med sundhedsvæsenet? *Information* 2011 6. oktober 2011.
- (81) Blomgren M, Sahlin K. Quest for transparency: Signs of a new institutional era in health care fields. In: Christensen T, Lægreid P, editors. *Transcending New Public Management: The Transformation of Public Sector Reforms* Aldershot: Ashgate; 2007.

- (82) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015-2018. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2015.
- (83) Sundheds- og Ældreministeriet, KL, Danske Regioner. Nationale mål for sundhedsvæsenet. København: Sundheds- og Ældreministeriet, KL & Danske Regioner; 2016.
- (84) Sundheds- og Ældreministeriet. Beskrivelse af indikatorer – de nationale mål. København: Sundheds- og Ældreministeriet; 2016.
- (85) Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse. Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser – akut ambulante patienter (LUP Akutmodtagelse 2014). Frederiksberg: Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden; 2015.
- (86) Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse. Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser i Akutmodtagelser – akut ambulante patienter (LUP Akutmodtagelse 2015). Frederiksberg: Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse; 2016.
- (87) Grønvold M, Pedersen C, Jensen CR, Faber MT, Johnsen AT. Kræftpatientens Verden. En undersøgelse af hvad danske kræftpatienter har brug for. København: Kræftens Bekæmpelse; 2006.
- (88) Collins K, O’Cathain A. The continuum of patient satisfaction – from satisfied to very satisfied. *Social Science and Medicine* 2003;57:2465-2470.
- (89) Garratt A, Solheim E, Danielsen K. National and cross-national surveys of patient experiences: a structured review. Report from Kunnskapssenteret (Norwegian Knowledge Centre for the Health Services No 7–2008). Structured Review. Oslo: Kunnskapssenteret; 2008.
- (90) Beattie M, Murphy DJ, Atherton I, Lauder W. Instruments to measure patient experience of healthcare quality in hospitals: a systematic review. *Syst Rev* 2015;4(97):1-21.
- (91) Miller MM, Fuglsang M. Tidstro feedback eller årlig status? *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen* 2015;6:46-56.
- (92) Ginsburg LS. Factors that influence line managers’ perceptions of hospital performance data. *Health Serv Res* 2003;38(1):261-286.
- (93) Jenkinson C, Coulter A, Reeves R, Bruster S, Richards N. Properties of the picker patient experience questionnaire in a randomized con-trolled trial of long versus short form survey instruments. *J Public Health Med* 2003;25(3):197-201.
- (94) Bjerkan AM, Holmboe O, Skudal KE. Pasienterfaringer med norske sykehus: Nasjonale resultater i 2013 (PasOpp-rapport nr. 2-2014). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2014.
- (95) Kjøllestad JG, Iversen HH, Danielsen K, Haugum M, Holmboe O. Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern i 2016. Nasjonale resultater (PasOpp-rapport 2017: 317). Oslo: Folkehelseinstituttet, Seksjon for brukeropplevd kvalitet i Område for helsetjenester; 2017.
- (96) Bevan G, Skellern M. Does competition between hospitals improve clinical quality? A review of evidence from two eras of competition in the English NHS. *BMJ* 2011;343(d6470).
- (97) Kolstad JT, Chernew ME. Quality and consumer decision making in the market for health insurance and health care services. *Med Care Res Rev* 2009;66(1):28s-52s.

- (98) Faber M, Bosch M, Wollersheim H, Leatherman S, Grol R. Public reporting in health care: How do consumers use quality-of-care information? A systematic review. *Med Care* 2009;47(1):1-8.
- (99) Werner RM, Asch DA. The unintended consequences of publicly reporting quality information. *JAMA* 2005;293(10):1239-1244.
- (100) Vrangbæk K, Østergren K, Birk HO, Winblad U. Patient reactions to hospital choice in Norway, Denmark, and Sweden. *Health Econ Policy Law* 2007;2(Pt 2):125-152.
- (101) Schauffler HH, Mordavsky JK. Consumer reports in health care: Do they make a difference? *Annu Rev Public Health* 2001;22:69-89.
- (102) Ullman R, Hill JW, Scheye C, Spoeri RK. Satisfaction and choice: A view from the plans. *Health Affairs* 1997;16(3):209-207.
- (103) Nielsen JF, Riiskjær E. From Patient Surveys to Organizational Change: Rational Change Processes and Institutional Forces. *J C* 2013;13(2):179-205.
- (104) Reed JE, Card AJ. The problem with Plan-Do-Study-Act cycles. *BMJ Qual Saf* 2015;25(3):147-152.
- (105) Dahler-Larsen P. Den Rituelle Refleksion. Om Evaluering i Organisationer. Odense: Odense Universitetsforlag; 1998.
- (106) de Bruijn H. Managing Performance in the Public Sector. New York: Routledge; 2007.
- (107) Boyer L, Francois P, Doutre E, Weil G, Labarere J. Perception and use of the results of patient satisfaction surveys by care providers in a french teaching hospital. *Int J Qual Health Care* 2006;18(5):359-364.
- (108) Draper M, Cohen P, Buchan H. Seeking consumer views: What use are results of hospital patient satisfaction surveys? *Int J Qual Health Care* 2001;13(6):463-468.
- (109) Vingerhoets E, Wensing M, Grol R. Feedback of patients' evaluations of general practice care: A randomised trial. *Qual Health Care* 2001;10(4):224-228.
- (110) Davidson KW, Shaffer J, Ye S, Falzon L, Emeruwa IO, Sundquist K, et al. Interventions to improve hospital patient satisfaction with healthcare providers and systems: a systematic review. *BMJ Qual Saf* 2017;26(7):596-606.
- (111) Haugum M, Danielsen K, Iversen HH, Bjertnaes O. The use of data from national and other large-scale user experience surveys in local quality work: a systematic review. *Int J Qual Health Care* 2014;26(6):592-605.
- (112) Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse. Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser 2016. Frederiksberg: Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse; 2017.
- (113) Hansen SF, Holm T, Dahl G, Svendstrup DB, Witzel S. National undersøgelse blandt patienter og pårørende i psykiatrien 2016 (LUP Psykiatri 2016). Aarhus: DEFACTUM; 2017.
- (114) Schulze SB, Gut R, Freil M. Patienters indstilling til sygehusvæsenet i Østdanmark og Vestdanmark. *Ugeskrift for Læger* 2006;168(3):279-282.

- (115) Center for Kvalitetsudvikling. Hvordan oplever patienterne din praksis? Aarhus: Center for Kvalitetsudvikling; 2009.
- (116) Guthrie B, Saultz JW, Freeman GK, Haggerty JL. Continuity of care matters. *BMJ* 2008;337(a867):doi: 10.1136/bmj.a867.
- (117) Street RL, Makoul G, Aurora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns* 2009;74(3):295-301.
- (118) Enheden for Brugerundersøgelser. Patienters vurdering af landets sygehuse 2002. Spørgeskemaundersøgelse blandt 32.000 patienter (LUP 2002). Glostrup: Enheden for Brugerundersøgelser, Københavns Amt; 2003.
- (119) Enheden for Brugerundersøgelser. Patienters oplevelser på landets sygehuse 2006. Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP 2006). København: Enheden for Brugerundersøgelser; 2007.
- (120) Riiskjær E. Patienten som partner. En nødvendig idé med ringe plads. Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2014.
- (121) Jørgensen SJ editor. Kronisk sygdom – Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
- (122) CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. Patienternes perspektiv på kronisk sygdom. Aarhus: CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling; 2012.
- (123) Coleman K, Austin BT, Branch C, Wagner EH. Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)* 2009;28(1):75-85.
- (124) Regeringens ekspertpanel vedrørende sygehusinvesteringer. Regionernes investerings- og sygehusplaner – screening og vurdering. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2008.
- (125) Munch-Petersen M, Storm F, Svenstrup NK, Hørder M. PROGRAM PRO. Anvendelse af PRO-data i kvalitetsudviklingen af det danske sundhedsvæsen – anbefalinger og vidensgrundlag. København: Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS); 2016.
- (126) Black N. Patient reported outcome measures could help transform health care. *BMJ* 2013;346(f167):doi: 10.1136/bmj.f167.
- (127) Århus Amt. Service- og kvalitetskontoret. Århus Amts sygehusvæsen - set med patientens øjne. Højbjerg: Århus Amt; 2001.
- (128) O'Malley AJ, Zaslavsky AM, Hays RD, Hepner KA, Keller S, Cleary PD. Exploratory factor analysis of the CAHPS hospital pilot survey responses across and within medical, surgical, and obstetric services. *Health Serv Res* 2005;40(6 pt. 2):2078-2095.
- (129) Riiskjær E, Ammentorp J, Kofoed PE. The value of open-ended questions in surveys on patient experience: number of comments and perceived usefulness from a hospital perspective. *Int J Qual Health Care* 2012;24(5):509-516.
- (130) Rist RC, Stame N. From Studies to Streams. Managing Evaluative Systems. New Brunswick, N.J.: Transaction Publishers; 2006.

- (131) Bird SM, Cox D, Farewell VT, Goldstein H, Holt T, Smith PC. Performance indicators: Good, bad, and ugly. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A* 2005;168(1):1-27.
- (132) Riiskjær E, Ammentorp J, Nielsen, J.F. & Kofoed, P. E. Semi-customizing patient surveys: Linking results and organizational conditions. *International Journal for Quality in Health Care* 2011;23(3):284-291.
- (133) Danske Regioner, Finansministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet. Løbende offentliggørelse af produktivitet i syghussektoren (XIII delrapport). Udviklingen fra 2015 til 2016. København: Danske Regioner, Finansministeriet & Sundheds- og Ældreministeriet; 2018.
- (134) Produktivitetskommissionen. Måling af produktivitet i den offentlige sektor. Metodemæssige udfordringer (Baggrundsrapport). [S.l.]: Produktivitetskommissionen; 2013.
- (135) Pedersen KM. Sundhedsøkonomi. København: Munksgaard; 2013.
- (136) Bech M, Bogetoft P. Økonomistyringens svære kunst: Fremtidsvisioner. In: Pedersen KM, Petersen NC, editors. *Fremtidens hospital*. 1st ed. København: Munksgaard; 2014.
- (137) Regeringen, Amtsrådsforeningen. Amternes økonomi i 2006. København: Regeringen & Amtsrådsforeningen; 11. juni 2005.
- (138) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Produktivitet på sundhedsområdet - åbenhed og fokus. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2005.
- (139) Amtsrådsforeningen, H:S, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren. København: Amtsrådsforeningen, H:S, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen & Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2005.
- (140) Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Pilotundersøgelse med nøgletal og produktivitesindikatorer for udvalgte afdelinger i sygehussektoren. ; 2007.
- (141) Street A. Not as it seems: Productivity growth isn't always a good thing. 9. april 2015; Available at: <https://www.hs.j.co.uk/5084013.article#.V5ZjHhy9KK0>.
- (142) Olesen O. Hvordan måler vi sygehusenes produktivitet. In: Pedersen K, Petersen N, editors. *Fremtidens hospital*. 1. udgave ed. København: Munksgaard; 2014. p. 299-311.
- (143) Petersen NC, Olesen OB. Måling af sygehusets produktivitet - en anvendelse af DEA-metoden og DRG-systemet. 1st ed. København: Jurist- og Økonomiforbundets Forlag; 1999.
- (144) Kristensen T, Olsen KR, Kilsmark J, Lauridsen J, Pedersen KM. Economies of scale and scope in the Danish hospital sector prior to radical restructuring plans. *Health Policy* 2012;106(2):120-126.
- (145) Jacobs R, Smith PC, Street A. *Measuring Efficiency in Health Care: Analytic Techniques and Health Policy*. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
- (146) Danske Regioner, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren - tredje delrapport. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2007.
- (147) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Øget fokus på de gode resultater. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2010.

- (148) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Øget fokus på gode resultater og bedst praksis på sygehusene. udvikling i indlæggelsestid, omlægning til ambulante behandling og akutte genindlæggelser. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2011.
- (149) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Øget fokus på gode resultater og bedste praksis på sygehusene. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2012.
- (150) Danske Regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Øget fokus på gode resultater på sygehusene. København: Danske Regioner & Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2013.
- (151) Deveci NN. Offentlig produktion og produktivitet 2002-2009. København: Danmarks Statistik; 2011.
- (152) Deveci NN. Offentlig produktion og produktivitet 2005-2012. København: Danmarks Statistik; 2013.
- (153) Regeringen og Danske Regioner. Aftale om regionernes økonomi for 2008. 2007; Available at: <http://www.regioner.dk/media/3177/oea-2008.pdf>. Accessed November, 2017.
- (154) Hvenegaard A. Ph.d.-afhandling). Odense: Syddansk Universitet. Det Samfundsvidenskabelige Fakultet; 2010.
- (155) Christensen ME, Grimeshave M. Sundhedsstyrelsen som regulator i specialeplanlægningen. In: Knudsen JL, Christensen ME, Hansen BH, editors. Regulering af kvalitet i det danske sundhedsvæsen København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2008. p. 133-145.
- (156) Sundhedsstyrelsen. Specialeplanlægning: Begreber, principper og krav. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.
- (157) Sundheds- og Ældreministeriet. Vejledning om udmøntning af sundhedslovens § 208 om specialeplanlægning, VEJ nr. 9053 af 27/01/2014. København: Sundheds- og Ældreministeriet.
- (158) Sundhedsstyrelsen. Spørgsmål og svar om specialeplanlægning. 2017; Available at: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/spoergsmaal-og-svar>. Accessed November, 2017.
- (159) Sundhedsstyrelsen. Orientering om fremtidig national specialeplanlægning. 2006; Available at: <http://www.sst.dk/~media/5FB50C0C41274BA7B39D3131B20F7783.ashx>. Accessed Oktober, 2017.
- (160) Folketinget. Forslag til sundhedslov, L74 som fremsat den 24. februar 2005 af Indenrigs- og Sundhedsministeren. 2005; Available at: <http://www.ft.dk/samling/20042/lovforslag/l74/index.htm>. Accessed November, 2017.
- (161) Sundhedsstyrelsen. Medlemmer af det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning. 2017; Available at: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/~media/B418C78882FC4084B8A59D7E56B777EB.ashx>. Accessed November, 2017.
- (162) Sundhedsstyrelsen. Det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning. 2017; Available at: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/det-raadgivende-udvalg>. Accessed November, 2017.
- (163) Sundhedsstyrelsen. Politisk enighed om principper for specialeplanlægning. 2015; Available at: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/baggrund/politisk-enighed-om-principper>. Accessed November, 2017.

- (164) Sundhedsstyrelsen. Gældende specialeplan 2017. 2017; Available at: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/gaeldende-specialeplan>. Accessed November, 2017.
- (165) Sundhedsstyrelsen. Den Regionale Baggrundsgruppe for Specialeplanlægning. 2017; Available at: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/den-regionale-baggrundsgruppe>. Accessed November, 2017.
- (166) Sundhedsstyrelsen. Årlig opfølgning på specialeplanen: Statusrapporter og monitorering. 2017; Available at: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/~media/18D4F14ABD4B43B2B266C839DA0D66C8.ashx>. Accessed November, 2017.
- (167) Sundhedsstyrelsen. Referat af møde i det Rådgivende Udvalg den 29. august 2007. 2007; Available at: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/~media/B5C0C0B22C854F7F9DBB6F5926BD28AC.ashx>. Accessed November, 2017.
- (168) Sundhedsstyrelsen. Referat af 8. møde i Den Regionale Baggrundsgruppe den 21. januar 2008. 2008; Available at: <https://www.sst.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/specialeplanlaegning/den-regionale-baggrundsgruppe/~media/3BDA8EABD65C49939E0A3241720D7A11.ashx>. Accessed November, 2017.
- (169) Sundhedsstyrelsen. Revideret referat af 13. møde i den Regionale Baggrundsgruppe den 6. november 2008. 2009; Available at: <https://www.sst.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/specialeplanlaegning/den-regionale-baggrundsgruppe/~media/934507E9D297433C85E38B6E9CC414E4.ashx>. Accessed November, 2017.
- (170) Sundhedsstyrelsen. Referat af 18. møde i det Rådgivende Udvalg den 15. december 2010. 2011; Available at: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/~media/4D2A3277D6954A6BB37BE400EE808456.ashx>. Accessed November, 2017.
- (171) Sundhedsstyrelsen. Referat af 26. møde i den Regionale Baggrundsgruppe den 26. april 2012. 2012; Available at: <https://www.sst.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/specialeplanlaegning/den-regionale-baggrundsgruppe/~media/3C2740913E71458D873C8949C18D16B3.ashx>. Accessed November, 2017.
- (172) Sundhedsstyrelsen. Referat af 28. møde i den Regionale Baggrundsgruppe den 25. oktober 2012. 2012; Available at: <https://www.sst.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/specialeplanlaegning/den-regionale-baggrundsgruppe/~media/176165B133A24E37BAC743CF79866F5A.ashx>. Accessed November, 2017.
- (173) Sundhedsdatastyrelsen. DRG - Takster 2017. 2017; Available at: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/afregning-og-finansiering/takster-drg/takster-2017>. Accessed December, 2017.
- (174) Altinget.dk. Hæstorp: Rigshospitalet skal også have partikelkanon. 20. december 2012; Available at: <https://www.alinget.dk/sundhed/artikel/haestorp-rigshospitalet-skal-ogsaa-have-partikelkanon>. Accessed December, 2017.
- (175) Sundheds- og Ældreministeriet. Aarhus udpeget til at huse et dansk nationalt center for partikelterapi. 2012; Available at: <http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sygehusvaesen/2012/December/aarhus-udpeget-til-at-huse-et-dansk-nationalt-center-for-partikelterapi.aspx>. Accessed December, 2017.
- (176) Sundhedsstyrelsen. Specialevejledning for Klinisk onkologi. 2017; Available at: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/gaeldende-specialeplan/~media/7E1DDAF3222146A1854269999484BC2C.ashx>. Accessed December, 2017.

- (177) Folketinget. Sundheds- og Forebyggelsesudvalget (SUU), Alm. del, samling 2012-13, spørgsmål 320. 2013; Available at: <http://www.ft.dk/samling/20121/almdel/SUU/spm/320/index.htm>. Accessed 2017, December.
- (178) Aarhus Universitetshospital. Ledelsen for Dansk Center for Partikelterapi på plads. 2016; Available at: <http://www.auh.dk/presse/information-om-auh/nyheder/2016/ledelsen-for-dansk-center-for-partikelterapi-pa-plads/>. Accessed December, 2017.
- (179) Sundhedsstyrelsen. Referat af 43. møde i Det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning den 5. februar 2016. 2016; Available at: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/~media/0AF1F3779BE34E28A3DDA5408404801E.ashx>. Accessed Januar, 2018.
- (180) Dagens Medicin. Rigshospitalet vinder kampen om hjertebørnene. 2016; Available at: <https://dagensmedicin.dk/rigshospitalet-vinder-kampen-om-hjertebornene/>. Accessed Januar, 2018.
- (181) Sundhedsstyrelsen. Referat fra 31. møde i den Regionale Baggrundsgruppe den 29. august 2013. 2013; Available at: <https://www.sst.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/specialeplanlaegning/den-regionale-baggrundsgruppe/~media/A23B005F147941DFB6A2D984E09B997E.ashx>. Accessed November, 2017.
- (182) Sundhedsstyrelsen. Referat af 35. møde i den Regionale Baggrundsgruppe den 28. august 2014. 2014; Available at: <https://www.sst.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/specialeplanlaegning/den-regionale-baggrundsgruppe/~media/97202648EE954073893084EDC3A031E8.ashx>. Accessed November, 2017.
- (183) Sundhedsstyrelsen. Referat af 40. møde i den Regionale Baggrundsgruppe den 1. september 2015. 2015; Available at: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/~media/6E4C791887F2414BAC768A7EA5E856C5.ashx>. Accessed November, 2017.
- (184) Sundhedsstyrelsen. Referat fra 33. møde i den Regionale Baggrundsgruppe den 30. januar 2014. 2014; Available at: <https://www.sst.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/specialeplanlaegning/den-regionale-baggrundsgruppe/~media/B05B8167044C428BB757D51497381E0A.ashx>. Accessed November, 2017.
- (185) Archampong D, Borowski DW, Dickinson HO. Impact of surgeon volume on outcomes of rectal cancer surgery: a systematic review and meta-analysis. *Surgeon* 2010 Dec;8(6):341-352.
- (186) Com-Ruelle L, Or Z, Renaud T. The volume-outcome relationship in hospitals. Lessons from the literature. *Questions d'économie de la Santé* 2008;135(Sept.):1-4.
- (187) Chowdhury MM, Dagash H, Pierro A. A systematic review of the impact of volume of surgery and specialization on patient outcome. *Br J Surg* 2007 Feb;94(2):145-161.
- (188) Holm-Petersen C, Højgaard B. Højere kvalitet gennem samling af komplekse, højt specialiserede funktioner. København: VIVE; Under udgivelse.
- (189) Laurberg S. De gamle vise. Oplæg ved Sundhedsstyrelsens konference den 23. november 2015: Specialeplanlægning - står dogmer for fald? . 2015; Available at: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/konference-2015>. Accessed November, 2017.
- (190) Nexø E. Kvalitet og dynamik i specialeplanen - det lægefaglige perspektiv. Oplæg ved Sundhedsstyrelsens kick-off konference: Specialeplan 2014 den 21. januar 2014. 2014; Available at: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/~media/53FD6556B18244F89DFA627125F09FBD.ashx>. Accessed November, 2017.

- (191) Ottesen B. De gamle professorer gør status: Fra 90'ernes kirurgiprojekt til i dag - fik vi det, vi håbede på med specialeplanen. Oplæg ved Sundhedsstyrelsens konference den 23. november 2015: Specialeplanlægning - står dogmer for fald? . 2015; Available at: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/konference-2015>. Accessed November, 2017.
- (192) Holm-Petersen C. Specialeplanlægning - set fra akutsygehusenes perspektiv. København: KORA; 2015.
- (193) Juhl A. Små eller store sygehuse - Kvalitet eller økonomi - Tro eller viden. København: EvalueringsCenter for Sygehuse; 2000.
- (194) Kristensen T, Olsen KR, Pedersen KM. Hospitalers omkostninger, struktur og effektivitet. En undersøgelse af stordrifts- og samdriftsfordele i det danske sygehusvæsen/A study of economies of scale and scope in Danish hospitals (Health Economics Papers 2008 11). Odense: Syddansk Universitet; 2008.
- (195) Jørgensen HS, Zielke S, Thaysen HV, Bek T, Mainz J. Kliniske retningslinjer. In: Mainz J, Bartels P, Bek T, Pedersen KM, Krøll V, Rhode P, editors. Kvalitetsudvikling i praksis København: Munksgaard; 2015. p. 89-98.
- (196) Rohde P, Krøll V, Mainz J. Patientforløb som sundhedsvæsenets udfordring. In: Mainz J, Bartels P, Bek T, Krøll V, Rhode P, editors. Kvalitetsudvikling i praksis. 1 (4. opl.) ed. København: Munksgaard; 2015. p. 99-113.
- (197) Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb på kræftområdet. 2016; Available at: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft/pakkeforloeb>. Accessed November, 2017.
- (198) Sundhedsstyrelsen. Sammenhæng mellem kliniske retningslinjer og patientforløbsbeskrivelser. 2009; Available at: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft/~media/196AFE7A67C7438C98C341D0EC10A0BC.ashx>. Accessed November, 2017.
- (199) Sundhedsstyrelsen. Om Nationale kliniske retningslinjer (NKR). 2017; Available at: <https://www.sst.dk/da/nkr/om-nkr>. Accessed Oktober, 2017.
- (200) Finansministeriet. Aftaler om Finansloven for 2012. 2011.
- (201) Sundhedsstyrelsen. Model for udarbejdelse af Nationale Kliniske Retningslinjer (Version 2.1). København: Sundhedsstyrelsen; 2015.
- (202) Sundhedsstyrelsen. Erfaringsopsamling af projektet Nationale Kliniske Retningslinjer 2012-2016. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
- (203) Sundhedsstyrelsen. 2nd ed. København: Sekretariatet for Referenceprogrammer, CEMTV, Sundhedsstyrelsen; 2004.
- (204) Sundhedsstyrelsen. Opfølgingsprogrammer for kræftsygdomme. 2017; Available at: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft/opfoelgningsprogrammer>. Accessed November, 2017.
- (205) Regeringen og Danske Regioner. Aftale om gennemførelse af målsætningen om akut behandling og klar besked til kræftpatienter. 2007; Available at: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft/~media/A92B68A03752493FA62EA08BA169FC05.ashx>. Accessed November, 2017.
- (206) Regeringen og Danske Regioner. Aftale om regionernes økonomi for 2009. 2008; Available at: <http://www.regioner.dk/media/3178/oea-2009.pdf>. Accessed November, 2017.

(207) Sundheds- og Ældreministeriet. Hjerteområdet. 2017; Available at: <http://www.sum.dk/Sundhed/Sygdomme/Hjerteområdet.aspx>. Accessed November, 2017.

(208) Task Force for Kræftområdet. Akut handling og klar besked: Generelle rammer for indførelse af pakkeforløb for kræftpatienter . 2008; Available at: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft/~media/1B260C392D05411AB6BBBC71F9A14DA9.ashx>. Accessed November, 2017.

(209) Regeringen og satspuljepartierne. Aftale om satspuljen på sundheds- og ældreområdet for 2016-2019. 2015; Available at: http://www.sum.dk/Puljer/Satspuljeaftaler/~media/Filer%20-%20dokumenter/2015/Satspulje_2015/Endelig-bekr-aftale-2016-2019.ashx. Accessed Oktober, 2017.

(210) Sundhedsstyrelsen. Metodehåndbog for udarbejdelse af Nationale Kliniske Retningslinjer for puljeprojekter 2017-2020 (Version 2.0). København: Sundhedsstyrelsen; 2017.

(211) Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction- GRADE evidence profiles and summary of findings tables. J Clin Epidemiol 2011 Apr;64(4):383-394.

(212) Andrews JC, Schunemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation-determinants of a recommendation's direction and strength. J Clin Epidemiol 2013 Jul;66(7):726-735.

(213) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for fedmekirurgi. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.

(214) Altinget.dk. Styrelse og eksperter: Flere bør tilbydes fedmeoperation. 2017; Available at: <https://www.altinget.dk/artikel/styrelse-og-eksperter-flere-boer-tilbydes-fedmeoperation>. Accessed December, 2017.

(215) Sundhedsstyrelsen. Visitation til kirurgisk behandling af svær fedme - faglig visitationsretningslinje. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.

(216) Altinget.dk. Ekspert: Sådan tøjler man stigning i fedmeoperationer. 2017; Available at: <https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/ekspert-saadan-toejler-man-antallet-fedmeoperationer>. Accessed December, 2017.

(217) Altinget.dk. Læger og patienter frygter, at regioner løber tør for penge til fedmeoperationer. 2017; Available at: <https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/laeger-og-patienter-frygter-regioner-loeber-toer-for-penge-til-fedmeoperationer>. Accessed December, 2017.

(218) Sundhedsstyrelsen. Forløbstid i pakkeforløb. 2009; Available at: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft/~media/B7C80D57FD16467099C5C7A7B86C1F7F.ashx>. Accessed November, 2017.

(219) Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb og opfølgingsprogrammer - begreber, forløbstider og monitorering. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.

(220) Sundhedsstyrelsen. Beskrivelser af og indgange til pakkeforløb på kræftområdet. 2017; Available at: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft/pakkeforloeb/beskrivelser>. Accessed November, 2017.

(221) Sundhedsstyrelsen. Monitorering af forløbstider på kræftområdet: Årsopgørelsen for 2016. 2017; Available at: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/monitorering-af-forloebstider-paa-kræftområdet-aarsopgørelsen-for-2016>. Accessed November, 2017.

- (222) Sundhedsstyrelsen. Monitorering af forløbstider på kræftområdet: Opgørelse for 2. kvartal 2017. 2017; Available at: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/monitorering-af-forloebstider-paa-kræftomraadet-opgoerelse-for-2-kvartal-2017>. Accessed November, 2017.
- (223) Sundhedsstyrelsen. Monitorering af forløbstider på kræftområdet. Årsopgørelse for 2014. 2015; Available at: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/~media/151B9FB94C9B4F8AA3477B7B9008215C.ashx>. Accessed Februar, 2018.
- (224) Sundhedsstyrelsen. Referat af møde i Sundhedsstyrelsens Udvalg for Hjertesygdomme den 31. maj 2016. 2016; Available at: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/hjertesygdom/udvalg-og-task-force/~media/DDEF4E2943BA4E8B994ADF11AAD3528B.ashx>. Accessed November, 2017.
- (225) Sundhedsstyrelsen. Monitorering af kræftområdet. 2016; Available at: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kræft/pakkeforloeb/monitorering>. Accessed November, 2017.
- (226) Sundhedsstyrelsen. Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet. 2017; Available at: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kræft/task-force-for-patientforloeb>. Accessed November, 2017.
- (227) Sundhedsdatastyrelsen. Monitorering af kræftområdet. 2017; Available at: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/tal-og-analyser/analyser-og-rapporter/monitoreringer/kræft>. Accessed November, 2017.
- (228) Sundheds- og Ældreministeriet. Monitorering. 2017; Available at: <http://www.sum.dk/Sundhed/Sygdomme/Hjerteområdet/Behandling/Monitorering.aspx>. Accessed November, 2017.
- (229) Sundhedsdatastyrelsen. Monitorering af hjerteområdet. 2017; Available at: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/tal-og-analyser/analyser-og-rapporter/monitoreringer/hjerte>. Accessed November, 2017.
- (230) Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens opfølgning på hjerteområdet. 2017; Available at: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/hjertesygdom/hjerteområdet>. Accessed November, 2017.
- (231) Sundhedsstyrelsen. Monitorering af hjertepakker 4. kvartal 2016. 2017; Available at: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/hjertesygdom/~media/E84D1579CA0E4DFAB4994FD63086B8EE.ashx>. Accessed November, 2017.
- (232) Kjærgaard J, Knudsen JL, Frølich A. Virkemidler til regulering af faglig adfærd. In: Knudsen JL, Christensen ME, Hansen BH, editors. Regulering af kvalitet i det danske sundhedsvæsen. 1st ed. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2008. p. 63-91.
- (233) Hassø Consulting. Erfaringsopsamling vedrørende de nationale kliniske retningslinjer. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.
- (234) Carlsen B, Kjellberg PK. Guidelines; from foe to friend? Comparative interviews with GPs in Norway and Denmark. *BMC Health Serv Res* 2010 Jan 16;10(17):DOI 10.1186/1472-6963-10-17.
- (235) Jensen CE. Implementing Clinical Practice Guidelines into Everyday Practice - Potentials and Pitfalls (PhD series). Aalborg: Aalborg University Press; 2017.
- (236) Le JV. Implementation of evidence-based knowledge in general practice. *Dan Med J* 2017 Dec;64(12):B5405.

- (237) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.
- (238) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for meniskpatologi i knæet. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
- (239) Lavoie KL, Rash JA, Campbell TS. Changing Provider Behavior in the Context of Chronic Disease Management: Focus on Clinical Inertia. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 2017 Jan 6;57:263-283.
- (240) Fischer F, Lange K, Klose K, Greiner W, Kraemer A. Barriers and Strategies in Guideline Implementation-A Scoping Review. *Healthcare (Basel)* 2016 Jun 29;4(3):10.3390/healthcare4030036.
- (241) Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993 Nov 27;342(8883):1317-1322.
- (242) Lugtenberg M, Burgers JS, Westert GP. Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 2009 Oct;18(5):385-392.
- (243) NICE. Uptake data. 2017; Available at: <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/into-practice/measuring-the-uptake-of-nice-guidance/uptake-data>. Accessed December, 2017.
- (244) NICE. NICE uptake and impact report: March 2017. 2017; Available at: <https://www.nice.org.uk/Media/Default/About/what-we-do/Into-practice/measuring-uptake/nice-uptake-and-impact-report-mar-17.pdf>. Accessed December, 2017.
- (245) Rawlins MD. National Institute for Clinical Excellence: NICE works. *J R Soc Med* 2015 Jun;108(6):211-219.
- (246) Vinge S. Pakkeforløb for kræft - En organisatorisk analyse af behovet for revision. København: KORA; 2017.
- (247) Dyrop HB, Safwat A, Vedsted P, Maretty-Nielsen K, Hansen BH, Jorgensen PH, et al. Cancer Patient Pathways shortens waiting times and accelerates the diagnostic process of suspected sarcoma patients in Denmark. *Health Policy* 2013 Nov;113(1-2):110-117.
- (248) Jensen H, Tørring ML, Olesen F, Overgaard J, Fenger-Gron M, Vedsted P. Diagnostic intervals before and after implementation of cancer patient pathways - a GP survey and registry based comparison of three cohorts of cancer patients. *BMC Cancer* 2015 Apr 23;15:308-015-1317-7.
- (249) Jakobsen JK, Jensen JB. DaPeCa-2: Implementation of fast-track clinical pathways for penile cancer shortens waiting time and accelerates the diagnostic process--A comparative before-and-after study in a tertiary referral centre in Denmark. *Scand J Urol* 2016;50(1):80-87.
- (250) Probst HB, Hussain ZB, Andersen O. Cancer patient pathways in Denmark as a joint effort between bureaucrats, health professionals and politicians--a national Danish project. *Health Policy* 2012 Apr;105(1):65-70.
- (251) Dahl TL, Vedsted P, Jensen H. The effect of standardised cancer pathways on Danish cancer patients' dissatisfaction with waiting time. *Dan Med J* 2017 Jan;64(1):A5322.
- (252) Jensen H, Tørring ML, Vedsted P. Prognostic consequences of implementing cancer patient pathways in Denmark: a comparative cohort study of symptomatic cancer patients in primary care. *BMC Cancer* 2017;17(627):doi: 10.1186/s12885-017-3623-8.

- (253) Sundheds- og Ældreministeriet. Bekendtgørelse af sundhedsloven. LBK nr 1188 af 24/09/2016 (Gældende). København: Sundheds- og Ældreministeriet; 2016.
- (254) Sundheds- og Ældreministeriet. Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet og lov om offentlig sygesikring m.v. (Friere sygehusvalg, behandling på private specialsygehuse m.fl., specialsamling, ambulancetjeneste, færdigbehandlede patienter samt planlægning og samarbejde). LOV nr 1024 af 19/12/1992. København: Sundheds- og Ældreministeriet; 1992.
- (255) Danske Regioner, Sundheds- og Ældreministeriet. Evaluering af udredningsretten. København: Sundheds- og Ældreministeriet; 2015.
- (256) Vrangbæk K. Markedsorientering i sygesektoren? (ph.d.-afhandling). København: Institut for Statskundskab; 1999.
- (257) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Forslag til lov om ændring af lov om sygehusvæsenet (Forhøjede frit valg-rammer, statslige tilskud til sygehusformål og frit valg til private sygehuse). 2001/2 LF 64. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2002.
- (258) K. M. Pedersen. Sundhedspolitik. Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2005.
- (259) Folketinget. Forslag til Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet (Forsøgsordning). 1994/1 LSF 71. København: Folketinget; 1994.
- (260) Sundheds- og Ældreministeriet. Forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Reel ret til hurtig udredning og udvidet frit sygehusvalg ved 30 dages ventetid på behandling m.v.). 2015/1 LF 143. København: Sundheds- og Ældreministeriet; 2016.
- (261) Sundheds- og Ældreministeriet. Bekendtgørelse om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme. BEK nr 584 af 28/04/2015. København: Sundheds- og Ældreministeriet; 2015.
- (262) Sundheds- og Ældreministeriet. Lov om ændring af sygehusvæsenet (Styrkelse af det frie sygehusvalg, forsøgshjemmel og tilbud i kommunalt regi). LOV nr 464 af 10/06/1997 . København: Sundheds- og Ældreministeriet; 1997.
- (263) Sundhedsministeriet. Forslag til lov om ændring af lov om sygehusvæsenet (Evalueringcenter for sygehuse, styrkelse af det frie sygehusvalg samt information om ventetider). 1998/1 LF 84. København: Sundhedsministeriet; 1998.
- (264) Sundhedsministeriet. Forslag til lov om ændring af lov om sygehusvæsenet (Behandling af visse livstruende sygdomme). 1998/1 LF 132. København: Sundhedsministeriet; 1998.
- (265) Sundheds- og Ældreministeriet. Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet. LOV nr 143 af 25/03/2002 (Forhøjede frit valg-rammer, statslige tilskud til sygehusformål og frit valg til private sygehuse). København: Sundheds- og Ældreministeriet; 2002.
- (266) Folketinget. Lov om ændring af sundhedsloven. 2008/1 LSV31. København: Folketinget; 2008.
- (267) EU. Direktiv 2011/24/EU af 9. marts 2011. 2011.
- (268) Rådet for Offentlig-Privat Samarbejde. Rapport om brugen af private leverandører på det regionale sundhedsområde - Erfaringer fra konkurrenceudsættelse af fem typer af sundhedsydelser. Valby: Rådet for Offentlig-Privat Samarbejde; 2015.

- (269) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Finansministeriet, Danske Regioner. Analyse af udnyttelsen af regionernes kapacitet på det somatiske sygehusområde. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; Finansministeriet; Danske Regioner; 2013.
- (270) Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Finansministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Rapport fra arbejdsgruppen om evaluering af det udvidede frie sygehusvalg. København: Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Finansministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2004.
- (271) Sundheds- og Ældreministeriet. Vejledning om frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, ret til hurtig udredning og information til henviste patienter. København: Sundheds- og Ældreministeriet; 2016.
- (272) Sundhedsdatastyrelsen. Ventetid til somatisk sygehusbehandling og psykiatrisk udredning. København: Sundhedsdatastyrelsen; 2017.
- (273) Sundhedsdatastyrelsen. Udredningsretten - Monitorering af patienters ret til udredning. 2017; Available at: <http://www.esundhed.dk/sundhedsaktivitet/URS/Sider/Udredningsretten.aspx>. Accessed 8. jan., 2018.
- (274) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2007.
- (275) Andreasen MN, Søgaard J, Kjellberg J, Jensen MB. Analyse af privat offentligt samspil i sundhedsvæsenet. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2009.
- (276) Siciliani L, Borowitz M, Moran V editors. Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works? (OECD Health Policy Studies). Paris: OECD Publishing; 2013.
- (277) Morrison J, Gillespie S, MacKenzie IZ. 'Two week wait' standards for suspected gynaecological malignancy. On target, but missing the point? J Br Menopause Soc 2003 Dec;9(4):170-172.
- (278) Potter S, Govindarajulu S, Shere M, Braddon F, Curran G, Greenwood R, et al. Referral patterns, cancer diagnoses, and waiting times after introduction of two week wait rule for breast cancer: prospective cohort study. BMJ 2007 Aug 11;335(7614):288.
- (279) Socialstyrelsen. En behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården - Förutsättningar och konsekvenser. Stockholm: Socialstyrelsen; 1999.
- (280) Sundheds- og Ældreministeriet. Lov om ændring af sundhedsloven (LOV nr 653 af 08/06/2016). København: Sundheds- og Ældreministeriet; 2016.
- (281) Sundheds- og Ældreministeriet. Vejledning om frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, ret til hurtig udredning og information til henviste patienter (VEJ nr 9988 af 22/09/2016). København: Sundheds- og Ældreministeriet; 2016.
- (282) Skovgaard C, Kjellberg J. Centrale rammevilkår på det regionale sundhedsområde. I relation til offentligt udbud af sundhedsydelser. København: KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og regioners Analyse og Forskning; 2015.
- (283) Danske Regioner, KL, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Afregning med private sygehuse. Baggrundsrapport. København: Danske Regioner, KL, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet & Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2013.

- (284) Indenrigs- og Sundhedministerens rådgivende udvalg. Sundhedsvæsenets organisering - sygehuse, incitamenter, amter og alternativer. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2003.
- (285) Danske Regioner. Regionernes brug af private leverandører. Notat. København: Danske Regioner.
- (286) Konkurrencestyrelsen. Konkurrenceredegørelse 2003. København: Konkurrencestyrelsen; 2003.
- (287) Finansministeriet. Aftaler om den kommunale og regionale økonomi for 2009. København: Finansministeriet; 2008.
- (288) Rigsrevisionen. Beretning til Statsrevisorerne om pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse. København: Rigsrevisionen; 2009.
- (289) Andreasen MN, Søgaard J, Kjellberg J, Jensen MB. Privat/offentligt samspil i sundhedsvæsenet. København: Lægeforeningen og Dansk Sundhedsinstitut; 2009.
- (290) Tolstrup LM. Notat: Regionernes udbud af behandlinger til private leverandører. 23-02-2009. København: Danske Regioner; 2009.
- (291) Boysen M. Vi brændte nallerne på regionernes udbud. Dagens Medicin 2009;12. juni.
- (292) Rigsrevisionen. Notat til Statsrevisorerne om beretning om pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse. København: Rigsrevisionen; 2009.
- (293) Regeringen, Danske Regioner. Aftale mellem regeringen og Danske regioner om tilrettelæggelsen af samarbejdet med de private sygehuse 1. april 2009. København: Regeringen & Danske Regioner; 2009.
- (294) Nørgaard M. Orientering om samarbejde med privathospitaler 2013. Viborg: Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland; 24-04-2014.
- (295) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling m.v.. BEK nr 1439 af 23/12/2012. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2012.
- (296) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. 2012/1LSF227. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2013.
- (297) Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen. Udbudsloven. Vejledning om Udbudsregler. Valby: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen; januar 2016.
- (298) Holstein M. Privathospitalernes udbudstakst: 43 pct. af DRG-taksten. København: CEPOS; 2016.
- (299) Holstein M. Privathospitalerne er 19 pct. billigere end de mest effektive offentlige hospitaler. København: CEPOS, Center for Politiske Studier; 2011.
- (300) Rasmussen JG. Syddanmark slukker for Europas mest effektive scanner. Dagens Medicin 2011;24. januar.

- (301) Region Sjælland. 4.3 Aftaler med privathospitaler og samarbejdssygehuse. 08/11/2017; Available at: <http://www.regionsjælland.dk/Sundhed/samarbejde-og-indsatser/Sundhedsplan/Patienters-rettigheder-og-valgmuligheder/Sider/Aftaler-med-privathospitaler-og-samarbejdssygehuse.aspx>. Accessed 4. december, 2017.
- (302) Beck L. Privathospital lapper offentligt hul i Næstved. MEDWATCH 19/08/2014 .
- (303) Region Midtjylland. Oversigt over private samarbejdssygehuse pr. 15. november 2017. 2017; Available at: http://www.rm.dk/siteassets/sundhed/faginfo/samarbmprivathospitaler/udbud-saftaler/udbudsaftaler-efter-15.-november-2017_hjemmeside.pdf. Accessed 4. december, 2017.
- (304) Region Sjælland. Oversigt: Samarbejdssygehuse. Se hvilke offentlige sygehuse og privathospitaler Region Sjælland samarbejder med. 2017; Available at: <http://www.regionsjælland.dk/Sundhed/for-fagfolk/samarbejde/Samarbejdssygehuse/Sider/Oversigt-samarbejdssygehuse.aspx>. Accessed 1. december, 2017.
- (305) Region Syddanmark. Samarbejdssygehuse. 24/02-2017; Available at: <https://www.regionyddanmark.dk/wm420997>. Accessed 1. december, 2017.
- (306) Region Hovedstaden. Samarbejdssygehuse. Oversigt over Region Hovedstadens samarbejdssygehuse. 2017; Available at: <https://www.regionh.dk/Sundhed/Patientrettigheder/sygehusvalg/Sider/Samarbejdssygehuse.aspx>. Accessed 1. december, 2017.
- (307) Region Nordjylland. Samarbejde med privathospitaler. 10/05-2017; Available at: <http://www.rn.dk/sundhed/patient-i-region-nordjylland/hospitaler/samarbejde-med-privathospitaler>. Accessed 1. december, 2017.
- (308) Herbild L. Private leverandører i regionerne. Med fokus på regionernes brug af private sygehuse. Analyse (FOKUS nr. 43 juni 2011). København: FOKUS - Forum for Kvalitet og Udvikling i offentlig Service; 2011.
- (309) Region Hovedstaden. Status på brugen af private hospitaler og klinikker (Notat). November 2015. Available at: https://edagsorden.regionh.dk/committee_1444/agenda_221665/documents/d6ed9a6e-6efa-415a-a4f5-d2c6d06d07ef.pdf. Accessed 17. november, 2017.
- (310) Region Midtjylland. Udbudsbetingelser. Offentligt udbud. Plastikkirurgi (sundhedsydelse) til Region Midtjylland. [U.st.]: Region Midtjylland; 2017.
- (311) Holstein M. Regionernes udbud af MR-scanninger. København: CEPOS; 2016.
- (312) Petersen OH, Hjelmar U, Vrangbæk K, la Cour L. Effekten ved udlicitering af offentlige opgaver. En forskningsbaseret gennemgang af danske og internationale undersøgelser fra 2000-2011. København: AKF, Anvendt Kommunal Forskning; 2011.
- (313) Hansen JR, Petersen OH, Villadsen AR, Houlberg K. Private virksomheders transaktionsomkostninger ved offentlige udbud - en survey-undersøgelse på tværs af brancher. Roskilde: Roskilde Universitet, Center for Forskning i Offentligt-privat Samspil (COPS); 2017.
- (314) Danske Regioner. Kvalitet på privathospitaler. Available at: <http://www.regioner.dk/sundhed/udrednings-og-behandlingsret/kvalitet-paa-privathospitaler>. Accessed 4. december, 2017.
- (315) Kornai J. The soft budget constraint. *Kyklos* 1986;39(1):3-30.
- (316) Kornai J, Maskin E, Roland G. Understanding the Soft Budget Constraint. *J Econ Lit* 2003;41(4):1095-1136.

- (317) Kornai J. The soft budget constraint syndrome in the hospital sector. *Int J Health Care Finance Econ* 2009;9(2):117-135.
- (318) Shen YC, Eggleston K. The effect of soft budget constraints on access and quality in hospital care. *Int J Health Care Finance Econ* 2009 Jun;9(2):211-232.
- (319) Wright DJ. Soft Budget Constraints in Public Hospitals. *Health Econ* 2016 May;25(5):578-590.
- (320) Eggleston K, Shen Y. Soft budget constraints and ownership: Empirical evidence from US hospitals. *Economics Letters* 2011;110(1):7-11.
- (321) Brekke KR, Siciliani L, Straume OR. Hospital Competition with Soft Budgets. *Scand J Econ* 2015;117(3):1019-1048.
- (322) Tjerbo T, Hagen TP. Deficits, Soft Budget Constraints and Bailouts: Budgeting after the Norwegian Hospital Reform. *Scand Polit Stud* 2009;32(3):337-358.
- (323) Tediosi F, Gabriele S, Longo F. Governing decentralization in health care under tough budget constraint: What can we learn from the Italian experience? *Health Policy* 2009;90(2):303-312.
- (324) Robinson JA, Torvik R. A political economy theory of the soft budget constraint. *Eur Econ Rev* 2009;53(7):786-798.
- (325) De Økonomiske Råd. Udgiftslofter. 2017; Available at: <https://www.dors.dk/offentlige-finanser/finanspolitiske-begreber/udgiftslofter>. Accessed 14. februar, 2018.
- (326) Bæk TA, Andersen MMQ, Krahn SKJ. Sanktionslovgivningen og kommunernes økonomiske styring. København: KORÅ; 2016.
- (327) Økonomi- og Indenrigsministeriet. Budgetlov og sanktionsregler. 2018; Available at: <https://oim.dk/arbejdsomraader/kommunal-og-regionaloekonomi/budgetsamarbejde/budgetlov-og-sanktionsregler/>. Accessed 14. februar, 2018.
- (328) Økonomi- og Indenrigsministeriet. Lov om ændring af lov om regionernes finansiering (Indførelse af betinget bloktilskud for regionerne og indførelse af sanktioner for regionerne ved overskridelse af budgetterne). København: Økonomi- og Indenrigsministeriet; 2012.
- (329) Rieper OB, Bengtsson M, Blom-Hansen J. Aftaler mellem kommune og stat – den norske konsultationsordning i skandinavisk og europæisk perspektiv. København: AKF Forlaget; 2003.
- (330) Lotz J. Forholdet mellem stat og kommuner - teori og praksis. *Nationaløkonomisk tidsskrift* 1998;136(2):224-242.
- (331) Statsministeriet. Fakta økonomaftaler mellem regeringen og de kommunale parter. København: Statsministeriet, Sekretariatet for Ministerudvalget; 2007.
- (332) Indenrigsministeriet. Sygehusenes organisation og økonomi. Betænkning fra Indenrigsministeriets produktivitetsudvalg. København: Indenrigsministeriet; 1984.
- (333) Indenrigsministeriet. Amtskommunalt udgiftspres og styringsmuligheder. Betænkning nr. 1123. København: Indenrigsministeriet; 1987.

- (334) Engberg L. Tre amters kontraktstyring af sygehusene (DSI Rapport 97.04). København: DSI; 2002.
- (335) Pedersen KM. Værdibaseret styring - er det smitsomt?/Value based health care and reimbursement: Is it contagious? (COHERE discussion paper No. 3/2017). Odense: COHERE - Centre of Health Economics Research, Syddansk Universitet; 2017.
- (336) Region Midtjylland. Projekt ny styring i et patientperspektiv - vedtaget projekt. Viborg: Region Midtjylland; 2014.
- (337) Region Midtjylland. Projekt ny styring i et patientperspektiv – bruttoliste over mål. Viborg: Region Midtjylland; 2013.
- (338) Sogaard R, Kristensen SR, Bech M. Incentivising effort in governance of public hospitals: Development of a delegation-based alternative to activity-based remuneration. Health Policy 2015 Aug;119(8):1076-1085.
- (339) Larsen KN, Kristensen SR, Sogaard R. Autonomy to health care professionals as a vehicle for value-based health care? Results of a quasi-experiment in hospital governance. Soc Sci Med 2017 Nov 06;196:37-46.
- (340) Region Hovedstaden. Projektgrundlag for Udviklingshospital Bornholm. Styring efter værdi for patienten i et mere menneskeligt sundhedsvæsen. København: Region Hovedstaden; 2015.
- (341) Madsen MH, Bolvig I, Højgaard B, Kjellberg J. Evaluering af Udviklingshospital Bornholm. Betydningen af en ændret økonomisk rammemodell. København: KORA; 2017.
- (342) Porter ME, Teisberg EO. Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results. Boston: Harvard Business School; 2006.
- (343) Region Syddanmark. Forslag til ny finansieringsmodel for sygehusene (somatik og psykiatri) i Region Syddanmark. Vejle: Region Syddanmark; 2016.
- (344) Larsen JB. Ny finansieringsmodel sætter fokus på kvalitet frem for aktivitet. Vejle: Region Syddanmark; 2016.
- (345) Bech M, Lauridsen J, Pedersen KM. Giver øget brug af takststyring i sygehusvæsenet højere produktivitet? Nationaløkonomisk Tidsskrift 2006;144(3):326-342.
- (346) Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Amtsrådsforeningen, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen, H:S. Evaluering af takststyring på sygehusområdet. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2005.
- (347) Ankjær-Jensen A, Rath MB. Takststyring af sygehuse. 2. delrapport. Erfaringer efter et år med takststyring. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2005.
- (348) Danske Regioner. Benchmarking af psykiatrien 2016. København: Danske Regioner; 2016.
- (349) Song Z, Rose S, Safran DG, Landon BE, Day MP, Chernew ME. Changes in health care spending and quality 4 years into global payment. N Engl J Med 2014 Oct 30;371(18):1704-1714.
- (350) Roberts ET, McWilliams JM, Hartfield LA, Gerovich S, Chernew ME, Gilstrap LG, et al. Changes in Health Care Use Associated With the Introduction of Hospital Global Budgets in Maryland. JAMA Intern. Med. 2018;178(2):260-268.

- (351) Sundhedsstyrelsen. Opfølgning på kræftplan II. 2007.
- (352) Sundhedsstyrelsen. Udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed 2007-2011. 2011.
- (353) Grøn CH, Hansen HF, Kristiansen MB. Ansvarlighed i en krisetid – konsekvenser af budgetloven og nye krav til økonomistyring. København: Hans Reitzels Forlag; 2016. p. 257-290.
- (354) Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats på kræftområdet. Fagligt oplæg til kræftplan IV. 2016.
- (355) Finansministeriet. Vejledning om Det Udvidede Totalbalanceprincip (DUT) - VEJ nr 63 af 09/10/2007. 2007.
- (356) Sundhedsministeriet. Opgørelse af fremadrettede ventetider. 2004.
- (357) Sundhedsministeriet. Bagudrettede ventetider. 2004.
- (358) Regioner D. Udviklingen i de erfarede ventetider. 2008.
- (359) Herskind J. Overbelægning på sygehusene: Embedsmænd drøftede talmagi kort tid efter politisk aftale. 2017;2017.
- (360) Sundhedsdatastyrelsen. Sengepladser og belægning. 2017;2017.
- (361) Finansministeriet. Akkumuleret satspuljeramme og beregning af satspuljen for 2017. 2017.
- (362) Satspulje-partierne. Aftale mellem V, S, DF, LA, Å, RV, SF og K om principperne for satspuljens tilvejebringelse og udmøntning mv. 2015.
- (363) Finansministeriet. Satspuljen - projektoversigt 2016 til 2021. 2017.
- (364) Rigsrevisionen. Beretning til Statsrevisorerne om satspuljen. København: Rigsrevisionen; 2015.
- (365) Feilber S, Christiansen SH, Kjærgaard M. Fra satspulje til psykiatri. Sammenhængen mellem satspuljebevilling, udgifter og aktivitet. 2011.
- (366) Regeringen. Styrket indsats for sindslidende. Handlingsplan for psykiatri. 2009.
- (367) Regeringens udvalg op. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. Rapport fra regeringens udvalg om psykiatri. 2013.
- (368) Finansministeriet. Afrapportering fra task force for satspuljen maj 2015. København: Finansministeriet; 2015.
- (369) Rigsrevisionen. Opfølgning i sagen om satspuljen (Beretning nr. 17/2014). København: Rigsrevisionen; 2017.
- (370) Finansministeriet. Aftaler om Finansloven for 2000. København: Finansministeriet; 2000.
- (371) Regeringen. Patienternes kræftplan. Kræftplan IV. København: Sundheds- og Ældreministeriet; 2016.
- (372) Finansministeriet. Finanslovsaftaler for 2017. 2016.

- (373) Sundhedsstyrelsen. Kræftstyregruppen. 2017;2017.
- (374) Regeringen, Amtsrådsforeningen. Aftale om amternes økonomi for 2002. København: Regeringen & Amtsrådsforeningen; 15. juni 2001.
- (375) Finansministeriet. Finanslovsaftaler for 2003. 2002.
- (376) Pedersen KM. Prioritering og palliativ behandling. Omsorg - nordisk tidsskrift for palliativ medicin 2011;28(4):43-47.
- (377) Eichenauer VZ, Reinsberg B. What Determines Earmarked Funding to International Development Organizations? Evidence from the New Multi-bi Aid Data. Review of International Organizations 2017;12(2):171-197.
- (378) Finansministeriet. Aftaler om finansloven for 2002. København: Finansministeriet; 2002.
- (379) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Regeringens resultater sundhedsområdet. : Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2007.
- (380) Sundheds- og Ældreministeriet. Cirkulære om statsligt, aktivitetsafhængigt tilskud i 2017 til regionernes sygehusvæsen m.v. Cirk. 10374 af 21-12-2016. København: Sundheds- og Ældreministeriet; 2016.
- (381) Bech M. Er DRG også fremtidens afregningsmodel. In: Pedersen KM, Pedersen NC, editors. Fremtidens hospital København: Munksgaard; 2014.
- (382) Regeringen, Amtsrådsforeningen. Amternes økonomi 2004. København: Regeringen & Amtsrådsforeningen; 2003.
- (383) Finansministeriet. Aftaler om den kommunale økonomi for 2005. København: Finansministeriet; 2004.
- (384) Regeringen og Danske Regioner. Aftale om regionernes økonomi for 2014. 2013; Available at: <http://regioner.dk/media/3183/oea-2014.pdf>. Accessed Oktober, 2017.
- (385) Danske Regioner. Kommunal medfinansiering 2017. Økonomisk vejledning. Udsendt juni 2016. København: Danske Regioner; 2016.
- (386) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Aftale om strukturreform. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2004.
- (387) Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Finansministeriet. Kommunal medfinansiering på sundhedsområdet. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet & Finansministeriet; 2010.
- (388) Sundhedsministeriet, KL, Danske Regioner, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet. Evaluering af den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet. København: Sundhedsministeriet, KL, Danske Regioner, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet; 2015.
- (389) Pedersen KM. Kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet. En ide på sandgrund? Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2005.
- (390) Bech M, Hansen M, Lauridsen J, Kronborg C. Can the municipalities prevent medication of mental diseases? J Ment Health Policy Econ 2012 Jun;15(2):53-60.

- (391) Vrangbaek K, Sorensen LM. Does municipal co-financing reduce hospitalisation rates in Denmark? Scand J Public Health 2013 Aug;41(6):616-622.
- (392) Bech ML. Variationsmønstre i hospitalsindlæggelser – har kommunerne kontrol over hospitalsindlæggelserne? In: Lauridsen JT, Pedersen KM, editors. Sundhedsøkonomi : fra teori til praksis København: Jurist- og Økonomforbundet; 2009.
- (393) KL, Danske Regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet. Kvantitativ afdækning af den kommunale medfinansierings foreløbige resultater på den kommunale forebyggelsesindsats. København: KL, Danske Regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Økonomi- og Indenrigsministeriet & Finansministeriet; 2015.
- (394) Sundhedsministeriet, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, KL, Danske Regioner. Kvalitativ analyse af betydning og effekt af den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet i kommuner og regioner. København: Sundhedsministeriet, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, KL & Danske Regioner; 2015.
- (395) KL, Danske Regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet. Beskrivelse og vurdering af incitamentsvirkninger i regionerne. København: KL, Danske Regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Økonomi- og Indenrigsministeriet & Finansministeriet; 2015.
- (396) Sundhedsøkonomisk center. Tal på sundhed - bilagstabeller. : Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 1. april.
- (397) Kjellberg J, Sørensen J, Herbild L. Ventelister til elektiv behandling. Hvorfor er de et problem, hvorfor opstår de og hvad kan der gøres ved dem (DSI rapport 2004.07). København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2004.
- (398) Kjellberg J, Herbild L, Svenning AR. Indikationsændringer ved meraktivitet. Undersøgelse af 1,5 milliarder kr. puljen (DSI rapport 2008.04). København: Dansk Sundhedsinstitut; 2008.
- (399) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Analyse af aktiviteten i sygehusvæsenet - juni 2010. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2010.
- (400) Sundhedsdatastyrelsen. Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2016. U. st.: Sundhedsdatastyrelsen; 2017.
- (401) Finansministeriet. Aftaler om den kommunale og regionale økonomi for 2007. København: Finansministeriet; 2006.
- (402) Højgaard B, Wolf RT, Bech M. Alternative styrings- og afregningsmodeller for sygehuse med afsæt i værdibaseret styring - En kortlægning af regionale forsøg og ordninger. København: KORA; 2016.
- (403) Regeringen og Danske Regioner. Aftale om regionernes økonomi for 2011. 2010; Available at: <http://www.regioner.dk/media/3180/oea-2011.pdf>. Accessed Oktober, 2017.
- (404) Region Hovedstaden. Budget 2018-2021. Vedtaget af Regionsrådet den 19. september 2017. [U.st.]: Region Hovedstaden; 2017.
- (405) Region Syddanmark. Budget 2017 og overslagsår 2018-2020 inkl. korrektioner til og med Regionsrådets møde den 19. december 2016. Vejle: Region Syddanmark; 2016.
- (406) Koncern Økonomi. Styringsmodel 2016 (Notat). Sorø: Region Sjælland; 9. november 2015.

- (407) Region Midtjylland. Aftale om budget 2017 for Region Midtjylland. [U.st.]: Region Midtjylland; 2016.
- (408) Region Nordjylland. Budgetaftale 2018. Ny styring - mere værdi. Aalborg: Region Nordjylland; 12. september 2017.
- (409) Danske Regioner. Nye incitamenter og en forbedret økonomisk styring i sundhedsvæsenet (notat. sg nr. 12/2064). København: Danske Regioner; 2013.
- (410) Danske Regioner, Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Analyse af aktiviteten i sygehusvæsenet 2005-2010. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2012.
- (411) Finansministeriet. Aftaler om den kommunale og regionale økonomi for 2008. København: Finansministeriet; 2007.
- (412) Danske Regioner. Produktivitetskrav og aktivitetspulje. 2017; Available at: <http://www.regioner.dk/media/4931/produktivitetskrav-og-aktivitetspulje.pdf>. Accessed 5. januar 2018.
- (413) Sundhedsdatastyrelsen. Indblik i sundhedsvæsenets resultater. København: Danske Regioner, Sundheds- og Ældreministeriet, KL & Finansministeriet; 2016.
- (414) Sundhedsøkonomi. Status for de kvalitetsfondsstøttede sygehusbyggerier. Årsrapportering til Folketingets Finansudvalg 2016. Sundheds- og Ældreudvalget 2016-17. SUU Alm.del. Bilag 121. : Sundheds- og Ældreministeriet; 15. december 2016.
- (415) Baumol WJ. The Cost Disease: Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't. New Haven: Yale University Press; 2012.
- (416) MacDonnell M, Darzi A. A key to slower health spending growth worldwide will be unlocking innovation to reduce the labor-intensity of care. Health Aff (Millwood) 2013;32(4):653-660.
- (417) Finansministeriet. Sygehusene fritages for produktivitetskrav i 2018 (pressemeldelse 04.10.2017). 2017; Available at: <https://www.fm.dk/nyheder/pressemeldelser/2017/10/sygehusene-fritages-for-produktivitetskrav-i-2018>. Accessed 5. januar, 2018.
- (418) Bech M, Pedersen KM, Lauridsen J. Giver øget brug af takststyring i sygehusvæsenet højere produktivitet. Odense: Syddansk Universitet; 2006.
- (419) Kjellberg J, Bech M. KORA: Har vi råd til at bevare produktivitetskravet i sundhedsvæsenet? Altinget: Sundhed 29. marts 2017.
- (420) Witthøfft A. Opgøret med de 2 %. Sygeplejersken 2017;1:22-25.
- (421) Hansen B, Lose S. Danske Regioner: Skrot produktivitetskravet fra 2018. Altinget: Sundhed 2017;17. maj.
- (422) Pedersen KM. Professor: Kritikken af forhadet produktivitetskrav er overdrevet. Altinget: Sundhed 20. september 2017.
- (423) Finansministeriet. Økonomisk analyse: Produktivitet og konkurrence. København: Finansministeriet; januar 2016.
- (424) Sundhedsøkonomisk Center. Tal på sundhed (1. juli). København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2011.

(425) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Tal på Sundhed. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; august 2013.

(426) Ritzau. Arbejdspres på sygehuse har udløst 37 påbud. Information 19. august 2016.

(427) Steen-Andersen A.M. Hvert tredje sygehus får kritik af arbejdsmiljø. Dagens Medicin 2016;13/05.

(428) Dørken R, Feilber S, Buse T, Jakobsen MLF, Pallesen T, Hansen XB, et al. Takster i faste rammer. En analyse af takst- og økonomistyringen på sygehusområdet. Aarhus: KREVI; 2012.

Bilag 1 Satspuljen på sundhedsområdet

Bilagstabel 1.1 Satspuljen på sundhedsområdet: Størrelse og andel til psykiatri 2000-2017

Nettotræk på puljen				
	Samlet satspulje, mio. kr.	Psykiatri	Bemærkning vedrørende psykiatri	Procentandel psykiatri
2000	800	250	Hvert år til 2002	31,3
2001	ingen oplysninger			0,0
2002	490	0		0,0
2003	611	225	Hvert år til 2006	36,8
2004	495	0	Der er dog videreførelse fra tidligere år	0,0
2005	553	20	Børnepsykiatri, hvert år 2005-2008	3,6
2006	667	0		0,0
2007	1.067	361	Ny psykiatriaftale hvert år 2007-2010	33,8
2008	813	211	Ca. samme beløb 2008-2011	26,0
2009	845	60	Men stærkt stigende 2010-2012: 100-400 mio. kr.	7,1
2010	936	125	Årligt 2010-2013	13,4
2011	308	88	Årligt 2011-2014; socialpsykiatri fik 85 mio. kr. årligt	28,6
2012	834	200	Årligt 2012-2015	24,0
2013	333	17	Brugerstyrede senge, 4 år	5,1
2014	487	110	2014-2017 opfølgning på psykiatrirapporten	22,6
2015	838	350	Stigende til 725 mio. kr. de næste 2 år og falder dernæst til 450 mio. kr.	41,8
2016	514	0		0,0
2017	943	17	Lidt mere de efterfølgende år	1,8
2018	770	104	Lidt mindre 2018-2021	15,3

**VIDEN I
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD