

Afdeling: Økonomi
Journal nr.: 19/19069
Dato: 03. august 2020

Notat

Udtalelse til ministeren fra Region Syddanmark vedr. Rigsrevisionens beretning afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger om regionernes grundlag for den økonomiske styring af sygehusene.

Statsrevisorerne har den 19. maj 2020 fremsendt beretning nr. 14/2019 til Sundheds- og ældreministeren om regionernes grundlag for den økonomiske styring af sygehusene. Ministeren skal senest 21. september 2020 fremsende redegørelse for de foranstaltninger og overvejelser som beretningen giver anledning til. Ministeren indhenter herefter svar fra regionsrådene og ministerens kommentarer til regionsrådenes udtalelse skal indgå i ministerredøgørelsen. Nærværende notat udgør regionsrådets svar til ministeren.

Rigsrevisionen har taget initiativ til undersøgelsen, da sygehusområdet er et økonomisk væsentligt område, hvor de samlede nettodriftsudgifter i 2019 udgjorde ca. 80 mia. kr. Der er et stigende pres på de aktiviteter, som sygehusene leverer bl.a. som følge af den demografiske udvikling med flere behandlingskrævende ældre og udviklingen af nye behandlingsformer. Dette sammenholdt med kravet om budgetoverholdelse forudsætter en stærk regional styring for at sikre, at resurserne udnyttes bedst muligt til gavn for patienterne.

Generelt

Rigsrevisionens udgangspunkt for undersøgelsen havde oprindeligt et betydeligt bredere perspektiv i vurderingen af, om regionerne sikrer *en stærk central regional styring for at sikre, at resurserne udnyttes bedst muligt til gavn for patienterne*. Region Syddanmark finder en sådan undersøgelse meget relevant.

Region Syddanmark bemærker dog, at Rigsrevisionen har valgt at indsnævre undersøgelsen til en vurdering af, *om regionernes grundlag for den økonomiske styring af sygehusene i tilstrækkelig grad er baseret på viden om sammenhængen mellem ressourcer og aktiviteter*.

Rigsrevisionen operationaliserer yderligere dette undersøgelsestema til en vurdering af hvorvidt ..

- regionerne i tilstrækkelig grad udnytter potentialet i de nationale data om sammenhængen mellem sygehusenes resurser og aktiviteter i deres styring af sygehusene.
- regionerne i tilstrækkelig grad anvender egne data om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter i deres styring af sygehusene.

Rigsrevisionens belysning heraf beror herefter i al væsentlighed alene på en vurdering af, i hvilket omfang regionerne anvender Sundhedsdatastyrelsens omkostningsdatabase (som bygger på DRG-systemet) som grundlag for regionernes prioritering og styring af aktiviteterne på sygehusene.

En sådan operationalisering af undersøgelsens overordnede formål - nemlig hvorvidt regionerne sikrer *en stærk central regional styring for at sikre, at resurserne udnyttes bedst muligt til gavn for patienterne* – skønnes ikke at være dækkende ud fra almindelige sundhedsøkonomiske betragtninger vedrørende styringsforhold i sundhedsvæsenet.

Det bemærkes, at omkostningsdatabasen er en del af hele DRG-systemet, som er etableret med henblik på afregningsformål. Endvidere bemærkes, at en udvikling af omkostningsdatabasen til ovennævnte formål ikke er færdiggjort, hvorfor der er enighed om, at databasen ikke egner sig som et styringsmæssigt afsæt f.eks. som beslutningsgrundlag og benchmarking. Dette refereres også i selve beretningen, afsnit 68 på side 27.

Styringslogikken og de generelle målsætninger i sundhedsvæsenet i de senere års økonomiaftaler har gradvist ændret sig fra fokus på aktivitet og produktivitet til i højere grad at handle om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Med økonomiaftalen for 2019 ophørte produktivetskravet og i stedet er hovedprioriteten at styrke sammenhængen for patienterne, og herunder at sikre udflytning af aktivitet fra sygehusene til behandling i det nære sundhedsvæsen. Med økonomiaftalen for 2020 er disse målsætninger videreført, med fokus på sammenhæng, kvalitet, forebyggelse og lighed, og med behandling tættere på eget hjem og aflastning af sygehusene.

Det er denne agenda, regionerne arbejder inden for, og som i praksis betyder, at fokus nødvendigvis må være på tilvejebringelse af lokale behandlingstilbud og understøttelse af kommuner og praksisområdet. Alt sammen aktiviteter, som kun i begrænset omfang er omfattet af DRG-systemet og omkostningsdatabasen.

Region Syddanmark forstår Rigsrevisionens konklusioner i beretningen således, at regionerne uagtet ovennævnte forbehold burde anvende omkostningsdatabasen styringsmæssigt, og at materiale herfra bør lægges til grund for omprioritering mellem sygehusene.

Det er på den baggrund Region Syddanmarks synspunkt, at der i undersøgelsen og ikke mindst i konklusionerne er anlagt en meget ensidig og problematisk tilgang til, hvordan man bør arbejde med styring af økonomi og sikring af ressourceeffektivitet.

Det er regionens vurdering, at økonomistyring og omprioritering mellem sygehusene ikke hensigtsmæssigt hverken kan eller bør baseres på at identificere omkostningsforskelle i de knap 1.000 DRG-grupper. Sådanne forskelle vil – ud over den indbyggede usikkerhed, der ligger i systemets fordelingsnøgler, pointsystemer og korrektioner – i høj grad bero på organisatoriske forskelle.

Alt andet lige vil et fuldt beredskab på sygehuset i f.eks. Sønderborg have en betydelig anden afsmitning på enhedsomkostningerne end f.eks. Odense Universitetshospital, som har et andet flow af patienter. Det er således regionens opfattelse, at organiseringen og prioriteringen af ressourcefordelingen mellem sygehusene bør bero på en lang række andre sundhedsfaglige og organisatoriske samt politiske hensyn, herunder både specialeplaner og uddannelseskra, men også sikring af nærhed og værdi for patienterne, som er væsentlige pejlemærker for sundhedsvæsenet.

Frem for at identificere besparelspotentialer gennem indirekte – og meget komplekst beregnede – enhedsomkostninger (se f.eks. beretningens figur 1 på side 8) er det Region Syddanmarks vurdering, at mulige effektiviseringer bedst lader sig identificere ved at se direkte på de enkelte omkostningsdrivere, eksempelvis udgifterne til laboratorieydelser, udgifter til vagtlag på afdelingerne osv.

Region Syddanmark har i hele regionens levetid ligget over indeks 100 i de årlige produktivetsopgørelser, og senest realiseret produktivetsstigninger på 2% fra 2016-2017 og 1,5% fra 2017-2018, hvor produktivetskravet er ophørt. Regionen ligger i seneste foreløbige opgørelse på indeks 108 i 2018 - Dette uagtet at omkostningsdatabasen ikke har været anvendt til at identificere besparelspotentialer. Det er således regionens vurdering, at der er andre og mere effektive mekanismer til at opnå produktivetsforbedringer end den indirekte og ressource-tunge tilgang via omkostningsdatabasen, som Rigsrevisionen anviser.

Bemærkninger vedrørende konklusionerne i beretningen.

Beretningens hovedkonklusion er følgende:

"Rigsrevisionen finder det ikke tilfredsstillende, at regionernes grundlag for den økonomiske styring af sygehusene ikke i tilstrækkelig grad er baseret på viden om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter. Konsekvensen er, at regionerne ikke har et gennemsigtigt grundlag for at vurdere, om der f.eks. kan frigives resurser til bedre og/eller mere behandling til patienterne."

Dette opdeles i to delkonklusioner:

"Regionerne udnytter ikke i tilstrækkelig grad potentialet i de nationale data om sammenhængen mellem sygehusenes og resurser og aktiviteter i deres styring af sygehusene."

"Regionerne anvender ikke i tilstrækkelig grad egne data om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter i deres styring af sygehusene."

Til disse konklusioner bemærkes følgende:

Regionerne udnytter ikke i tilstrækkelig grad potentialet i de nationale data om sammenhængen mellem sygehusenes og resurser og aktiviteter i deres styring af sygehusene

Omkostningsdatabasen er udviklet til at danne grundlag for fastsættelse af DRG-takster, primært som grundlag for aktivitetsafregning i sundhedsvæsnets - ikke med henblik på styring via enhedsomkostninger på DRG-grupperingsniveau.

Omkostningsdatabasens datagrundlag er i meget vid udstrækning baseret på gennemsnitlige fordelingsnøgler, ligesom nyeste data er ca. 2 år gamle. Det er dog almindeligt antaget, at DRG-værdierne på aggregeret niveau, svarende til sygehusniveau, er anvendelige som grundlag for bl.a. at belyse udviklingen i produktivitet på sygehusniveau. Ligeledes er taksterne almindeligt anvendt som grundlag for økonomisk afregning af aktivitet.

Regionen vurderer derimod – jfr. i øvrigt rigsrevisionens egne konstateringer i afsnit 68, at databasen ikke hensigtsmæssigt er anvendelig som styringsmæssigt afsæt f.eks. som beslutningsgrundlag eller benchmarking.

Hvis omkostningsdatabasen skulle anvendes til styring og prioritering på enkeltfunktioner, vil det kræve, at der opgøres regulære enhedsomkostninger i stedet for de nuværende gennemsnitlige omkostninger på bredere DRG-grupper. Dette vil igen forudsætte en helt anden og ressourcetung registreringsmæssig detaljeringsgrad end den nuværende.

I givet fald skal alle ydelser og al tidsforbrug registreres på den enkelte patient, hvilket i praksis kun kan gøres ved enten at pålægge det kliniske personale en lang række nye tidskrævende administrative opgaver eller anvende langt flere "kolde hænder" end det er tilfældet i dag – begge dele i strid med både økonomiaftalen og den generelle afbureaukratiseringsdagsorden.

I Region Syddanmark er arbejdet med produktivitet en integreret del af regionens finansieringsmodel i forhold til sygehusene. Finansieringsmodellen omfatter grundlæggende rammestyring med populationsansvar som generelt styringsparadigme, kombineret med aktivitetsafregning på udvalgte områder.

Når rammestyring med populationsansvar anvendes på områder med demografisk vækst, vil det alt andet lige føre til produktivetsforbedringer. Tilsvarende vil aktivitetsafregning med 55% af DRG-værdien på ca. 20% af sygehusenes aktivitetsområder også forudsætte produktivetsforbedringer.

Med finansieringsmodellen forudsættes sygehusene altså at sikre patientbehandlingen via en højere effektivitet eller højere produktivitet – og indenfor de givne budgetrammer. Vurderingen af om sygehusene løser opgaven produktivt baserer sig altså på en kombination af budgetoverholdelse og overholdelse af patientrettigheder. Hvis sygehuset overholder budgettet og samtidig forbedrer eller som minimum fastholder målopfyldelsen på patientrettighederne, så har de pga. den demografiske udvikling også øget produktiviteten.

Samtidig måles på, om sygehusene lever op til nationalt og regionalt fastsatte patientrettigheder, hvilket regionen anser som afgørende parametre i vurderingen af, om vi indenfor regionens økonomi udnytter ressourcerne bedst muligt til gavn for patienterne.

En del af undersøgelsens mål var at vurdere, hvorvidt sygehusenes styringsgrundlag sker på et gennemsigtigt grundlag. Her er det regionens vurdering, at den meget omfattende model med omkostningsfordelinger på baggrund af fordelingsnøgler, korrektioner, pointsystemer og yderligere fordeling på DRG-grupperede aktivitetsdata har en iboende kompleksitet, som i sig selv modsiger ønsket om transparens (se f.eks. beretningens figur 1 på side 8).

Det er regionens vurdering, at mulige effektiviseringer bedst lader sig identificere ved at se direkte på de enkelte omkostningsdrivere, eksempelvis udgifterne til laboratorieydelse (internt og eksternt), vagtlag på afdelingerne, flow i billediagnostikken osv. Dvs. udgiftsområder, som også svarer til den organisatoriske og ledelsesmæssige afgrænsning, således at der entydigt og hurtigt kan iværksættes de fornødne styringsmæssige tiltag.

Det er derfor regionens vurdering, at en analyse af sygehusenes direkte omkostninger i højere grad end omkostningsdatabasen/DRG-systemet sikrer en høj grad af aktualitet og transparens som afsæt for beslutninger, som indebærer økonomiske prioriteringer mellem regionens sygehuse.

Regionerne anvender ikke i tilstrækkelig grad egne data om sammenhængen mellem resurser og aktiviteter i deres styring af sygehusene.

Sygehusenes budgetter fastlægges ud fra sidste års budgetter og aktivitet, der løbende er korrigeret i forhold til konkrete budgetændringer. Budgetændringer er som udgangspunkt resultatet af enten finansieringsmodellens aktivitetsafregning eller konkrete budgetsager, hvor viden om faktisk ressourcebræk, aktivitet og kvalitetsmæssige konsekvenser altid indgår - og som afspejler konkrete politiske prioriteringer.

Region Syddanmark kan således ikke genkende Rigsrevisionens generelle konklusion om, at regionens styring ikke er baseret på viden om sammenhæng mellem ressourcer og aktivitet. Budgettet tilpasses netop løbende i forhold til ændret patientsammensætning, flytning af aktivitet, indførelse af ny aktivitet, ændrede faglige muligheder og krav og politiske prioriteringer.

Ligeledes kan Region Syddanmark ikke genkende Rigsrevisionens konklusion om, at regionen ikke har viden om, hvordan regionalt besluttede ændringer implementeres på det enkelte sygehus. Opfølgningen er naturligvis tilpasset den konkrete beslutning, men der sker altid en opfølgning i ledelsesdialogen og som oftest også politisk – det gælder både ved tildeling af midler til f.eks. kompetenceudvikling, beslutning om nye områder med særlig afregning, ændring i sygehusstruktur/opgavefordeling, etablering af nye funktioner, samling af behandlinger mv., og den opfølgning omfatter både økonomi og aftalt aktivitet.

Eksempelvis er der en omfattende opfølgning på økonomiaftalens vilkår for nærhedsfinansiering, bl.a. i form af den nye finansieringsmodel samt opfølgning på de fastsatte mål.

Der følges således løbende op på økonomien, aktiviteten og kvaliteten på dialogmøder med sygehusene og i kvartalsrapporter til regionsrådet. Dette politiske og ledelsesmæssige fokus sikrer at

der kontinuerligt arbejdes på at sikre såvel patientrettigheder som budgetoverholdelse på sygehusene, herunder at regionsrådets beslutninger føres ud i livet som forudsat.