

DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI rapport 2005.03

Takststyring af sygehuse

2. delrapport:
Erfaringer efter et år med takststyring

Anni Ankjær-Jensen
Morten Bue Rath



DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI rapport 2005.03

Takststyring af sygehuse

2. delrapport:

Erfaringer efter et år med takststyring

Anni Ankjær-Jensen

Morten Bue Rath

December 2005



DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI Institut for Sundhedsvæsen er en selvejende institution oprettet i 1975 af staten, Amtsrådsforeningen i Danmark og Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune. Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler de planlæggende og styrende myndigheder inden for sundhedsvæsenet.

Copyright © DSI Institut for Sundhedsvæsen 2005

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

DSI Institut for Sundhedsvæsen
Postboks 2595
Dampfærgevej 27-29
2100 København Ø
Telefon 35 29 84 00
Telefax 35 29 84 99
Hjemmeside: www.dsi.dk
E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 87-7488-403-4 (Trykt version)
ISBN 87-7488-405-0 (Elektronisk version)
ISSN 0904-1737
DSI rapport 2005.03

Grafisk design og tryk: Frederiksberg Bogtrykkeri A/S

Forord

Som led i økonomiaftalen mellem amterne og regeringen indførtes fra 1. januar 2004 takststyring i det somatiske sygehusvæsen. Det er aftalt, at mindst 20% af sygehusvæsenets bevillinger skal være baseret på den præsterede aktivitet. I regeringsgrundlaget for den nuværende regering står, at denne andel over en årrække skal øges til 50%.

Indførelse af takststyring er sket ud fra den antagelse, at økonomiske incitamentter knyttet til denne afregningsform vil medføre en forøgelse af såvel aktivitetsniveauet som produktiviteten i sygehusvæsenet. Samtidig er det målet, at udgiftsstyringen bevares, og at det offentlige sygehusvæsen fortsat skal være præget af kvalitet i opgaveløsningen og lighed i adgangen til behandling.

Denne rapport indeholder anden og sidste del af afrapporteringen af et projekt, der har til formål at evaluere indførelse af takststyring i det danske sygehusvæsen. Første del af analysen gennemførtes umiddelbart efter indførelsen af takststyringen og indeholdt en analyse af incitamentterne i de takststyringsmodeller, der er indført i 4 amter, samt en analyse af den foreløbige implementeringsproces. Denne rapport belyser erfaringer og resultater efter 1 år med takststyring og belyser også hvilke barrierer, der har været for takststyringen, samt hvilke incitamentter takststyringsmodellerne har medført i praksis. Analyserne er baseret på interviews på forvaltnings-, sygehus- og afdelingsniveau.

Analysen er gennemført af senior projektleder, cand.polit. Anni Ankjær-Jensen og stud.scient.pol. Morten Bue Rath. Rapporten er gennemlæst af planlægnings- og økonomidirektør Morten Rand Jensen, Hovedstadens Sygehusfællesskab og adjunkt Michael Bech, Syddansk Universitet, som begge takkes for konstruktive kommentarer og kritik. Endvidere takkes interviewpersonerne for deltagelse i projektet.

Projektet er udarbejdet som et led i samarbejdsaftalen mellem Amtsrådsforeningen og DSI.

Jes Søgaard

Direktør, professor

DSI Institut for Sundhedsvæsen

Indhold

Forord	3
Resume	5
1. Indledning og formål med rapporten	9
2. Baggrund	11
3. Teorigrundlag og analysemodel	14
3.1 Økonomisk teorigrundlag	14
3.2 Implementeringsteori	17
3.3 Analysemodel	18
4. Metode og datagrundlag	20
4.1 Datagrundlag	20
4.2 Metodediskussion	20
5. Implementering og barrierer	22
5.1 Interne barrierer	22
5.2 Eksterne barrierer	31
5.3 Konklusion vedrørende barrierer for implementering af takststyring	36
6. Incitament	39
6.1 Modellernes incitament i praksis	39
6.2 Store incitament vedrørende frit-valgspatienter	42
6.3 Overførsel af underskud/overskud	44
6.4 Utsigtede incitament	47
6.5 Konklusion vedrørende incitament	48
7. Konsekvenser af takststyringen	51
7.1 Er aktiviteten blevet forøget?	52
7.2 Er det gået ud over udgiftskontrollen?	58
7.3 Er produktiviteten blevet forbedret?	62
7.4 Er kvaliteten blevet forringet?	66
7.5 Er det gået ud over ligheden?	68
8. Konklusion og anbefalinger	70
8.1 Erfaringer efter 1 år med takststyring	70
8.2 Anbefalinger	72
Referenceliste	73
Bilag 1. Interviewrammer	75
Bilag 2. Takststyringsmodeller	84

Resume

Indledning og baggrund

I økonomiaftalen mellem regeringen og amterne om amternes økonomi i 2004 indgik, at der fra 2004 gradvist skulle indføres takststyring af det somatiske sygehusvæsen. Det er op til amterne selv at udforme modellen, men det er et overordnet krav, at minimum 20 % af bevillingen skal være omfattet af takststyring.

Formålet med projektet er, at evaluere indførelse af takststyring set i lyset af hvordan amterne har udformet takststyringsmodellerne, og hvordan takststyringen er blevet indført på sygehusene. Datagrundlaget er interviews gennemført med repræsentanter på hhv. sygehus-, afdelings- og forvaltningsniveau i Århus Amt, Nordjyllands Amt, Roskilde Amt og Frederiksborg Amt. Derudover er anvendt eksisterende skriftligt materiale om regnskabsresultater og endelig afregning i henhold til amternes takststyringsmodel. Projektet har et prospektivt design, idet der er gennemført en interviewrunde umiddelbart efter takststyringens indførelse og igen et år efter.

I august 2004 udkom projektets første delrapport, indeholdende resultatet af et litteraturstudie af erfaringerne fra takststyring i Norge, Sverige og Australien. Derudover indeholder rapporten resultaterne fra første interviewrunde, som belyser takststyringsmodellernes incitament og implementering i 4 amter.

Denne anden delrapport indeholder resultaterne fra anden interviewrunde, som har belyst erfaringerne efter ét år med takststyring. Rapporten fokuserer på den videre implementering af takststyringen i amterne, samt takststyringsmodellernes incitament i praksis. Endelig belyser rapporten konsekvenserne set i relation til en række overordnede målsætninger.

Resultater

Barrierer for takststyringen

Takststyring af sygehuse har i praksis vist sig at være forbundet med en række problemer. Et væsentligt problem er fastlæggelse af det "normale" aktivitetsbudget (baseline). Problemerne skyldes fx usikkerhed om hvordan de aktivitetsmæssige konsekvenser af strukturændringer skal opgøres, uenighed om hvilket år der repræsenterer en "normal" aktivitet, eller hvordan man indregner "creep".¹ Enighed om aktivitetsbudgettet er vigtig, da det danner grundlag for udbetalinger/budgetreduktioner i henhold til takststyringsmodellen.

¹ Ændring i registreringspraksis som forhøjer DRG-værdien.

Administrationerne udsender regelmæssigt oversigter til afdelingerne, der viser deres produktion, og afdelingerne er tilfredse med det materiale de modtager. Ikke desto mindre er afdelingernes mulighed for at anvende materialet til styringsformål begrænsede. Dette skyldes dels, at aktivitetsopgørelserne er flere måneder forsinkede, dels at de endelige rammer først kendes fra omkring 1. april, og at en reel aktivitetsopfølgning derfor først kan påbegyndes efter denne dato. Begge dele indebærer, at sygehusenes/afdelingernes reelle mulighed for at styre såvel økonomi som aktivitet er begrænsede. Problemerne både med sen udmelding af aktivitetsrammer som forsinkelse i aktivitetsopgørelserne skyldes i væsentlig omfang forsinkelser i patientregistreringen.

Et andet problem opstår som følge af den årlige opdatering af DRG-systemet. Opdateringen indebærer, at kontinuiteten i sygehusenes og afdelingernes aktivitetsbudgetter brydes, men omvendt forudsætter en fjernelse af skævheder, som systemet fortsat indeholder, samt tilpasning med ændringer i klinisk praksis, at systemet løbende opdateres.

Som følge af de praktiske problemer anvender især administrationerne meget tid på dels at administrere takststyringen, dels at støtte og vejlede afdelingerne

Takststyringen synes i nogen grad at være blevet overskygget af andre problemstillinger, fx strukturreformen. Hertil kommer, at takststyringens succes begrænses af, at en oprindelig overvejende positiv holdning til takststyring blandt nogle klinikere er blevet afløst af en mere negativ holdning. Den faldende opbakning skyldes skuffelse over, at takststyringen ikke har løst afdelingernes økonomiske problemer. På sygehus- og forvaltningsniveau er der fortsat overvejende en positiv holdning til takststyring.

Der er dog også faktorer, der har fremmet takststyringens muligheder for succes. For det første har det med få undtagelser ikke været et problem at tiltrække det fornødne personale. For det andet har efterspørgslen efter sygehusydelse været tilstrækkelig til, at afdelingerne har kunnet opretholde eller øge aktiviteten. I det hele taget oplever mange, især medicinske afdelinger, en vækst i efterspørgslen, der indebærer, at det ligefrem har været et problem at kunne begrænse aktiviteten, fx når de nærmede sig produktionsloftet.

Incitament i praksis

Taksternes størrelse har mod forventning tilsyneladende ikke betydning for, hvor mange patienter sygehusene behandler. Det er princippet om sammenhæng mellem aktivitet og afregning, der er af betydning, og ikke hvor stor afregningen er. Afdelingerne holder heller ikke op med at behandle patienter, når og hvis de støder ind i betalingsloftet. Det er således ikke blot øko-

nomiske, men også lægefaglige hensyn, der har betydning for aktivitetsniveauet.

De økonomiske hensyn synes dog at få større vægt, når det drejer sig om fritvalgsområdet, hvor de økonomiske incitamenter er større end i de amtslige takststyringsmodeller. Indtægts-/besparelspotentialet i forbindelse med fritvalgsområdet indebærer, at økonomiske hensyn i visse tilfælde afgør, i hvilken rækkefølge patienterne behandles. I det hele taget synes dette område at være genstand for overvejelser om aktivitetstilpasninger, hvad enten det drejer sig om at holde på egne borgere eller at tiltrække fremmede borgere.

Incitamentet til at øge produktiviteten øges, såfremt sygehuse og afdelinger får mulighed for at overføre underskud/overskud til efterfølgende budgetår. Sundhedsforvaltningerne og sygehusene er imidlertid i praksis tilbageholdende med at overføre især underskud til efterfølgende budgetår. Dette skyldes de konsekvenser dette måtte have for sygehuset eller afdelingens økonomi det efterfølgende år. Det kan også skyldes en forventning om, at det politisk vil være uacceptabelt, såfremt de budgetmæssige konsekvenser af takststyringen er, at kapaciteten på visse sygehuse/afdelinger må justeres. Endelig kan tilbageholdenhed med at overføre underskud/overskud skyldes usikkerhed omkring budgetlægningen, både med hensyn til fastlæggelsen af aktivitetsbudgettet, og med hensyn til fastlæggelse af udgiftsbudgettet.

Strammere økonomiske rammer medfører tilsyneladende et incitament til, at afdelingerne først og fremmest tænker på egen økonomi frem for hele sygehusets økonomi med det resultat, at produktiviteten og i visse tilfælde behandlingskvaliteten samlet set forringes. Kassetænkningen giver sig fx udtryk i, at samarbejde på tværs af afdelinger vanskeliggøres, og i manglende koordination af patientforløb der vedrører flere afdelinger.

Takststyringens konsekvenser

Er aktiviteten blevet forøget?

Aktiviteten er på landsplan steget med 3,5 % i takststyringens første år, men denne stigning afviger ikke fra aktivitetsstigninger i tidligere år, bortset fra det år hvor regeringens meraktivetspulje blev indført. Så takststyring har næppe medført nogen nævneværdig forøgelse i sygehusvæsenets aktivitet. Aktivitetsstigningen skal således ikke ses som et resultat af indførelse af økonomiske incitamenter, men snarere som et resultat af øget efterspørgsel efter sygehusydelse kombineret med lægefaglige incitamenter.

Er udgiftsstyringen bevaret?

Tre af de fire amter, der indgår i undersøgelsen, har overskredet budgettet i takststyringens første år, men budgetoverskridelserne er dog næppe større end i foregående år. Indførelse af takststyring medfører ikke desto mindre en

øget budgetusikkerhed for sygehuse og afdelinger, fordi budgetoverholdelse er følsom overfor dels de tidligere nævnte usikkerheder i forbindelse med budgetlægningen, dels de budgetreguleringer, der foretages som følge af mer-/mindreaktivitet.

Er produktiviteten blevet forbedret?

Der er generelt fokus på produktivetsforbedringer i sygehusvæsenet, og takststyringen har indtil videre ikke forstærket denne indsats væsentligt. Der er dog potentielt mulighed for, at takststyring kan medføre øget produktivitet, fx gennem arbejdsdeling på tværs af sygehuse. Omvendt kan øget kassætækning som følge af et øget økonomisk pres indebære en fare for, at produktiviteten forringes.

Er kvaliteten og ligheden blevet forringet?

Takststyringen har tilsyneladende ikke haft negative konsekvenser for den faglige kvalitet. Den øgede omkostningsbevidsthed kan føre til ændringer i behandlingsprogrammer, men dette er et udtryk for, at man stiller spørgsmål ved de hidtil anvendte indikationer, og medfører ikke en forringelse af behandlingskvaliteten. Der er dog bevidsthed om, at iværksættelse af meget dyre behandlinger vil have økonomiske konsekvenser for afdelingens drift.

Takststyringen har tilsyneladende heller ikke haft negative konsekvenser for ligheden i adgangen til sygehusbehandling, men klinikerne er opmærksomme på, at der kan være økonomiske gevinster at hente ved selektering af visse patienter, ikke mindst på fritvalgsområdet.

Konklusion

Resultaterne efter det første år med takststyring viser, at konsekvenserne har været begrænsede. Dette skyldes, at de økonomiske incitamenter har været begrænsede, og at de faglige målsætninger endnu vejer tungere end de økonomiske.

Men såfremt de økonomiske incitamenter bliver store nok, er der potentielt mulighed for såvel tilsigtede konsekvenser – aktivitetsforøgelse og produktivetsforbedringer – som utilsigtede konsekvenser – kvalitetsforringelse og øget ulighed.

En øget anvendelse af takststyring bør dog følges af større sikkerhed i budgetlægningen – ikke mindst på afdelingsniveau – samt mere tidstro opfølgningssystemer. Samtidig bør øgede økonomiske incitamenter følges op af initiativer til undgåelse af de utilsigtede konsekvenser. Det er spørgsmålet, om takststyring er et velegnet styringsinstrument i afdelinger, som ikke har mulighed for at styre aktiviteten, fordi hovedparten af patienterne indlægges akut.

1. Indledning og formål med rapporten

Siden 2004 har der været indført delvis aktivitetsbaseret finansiering (ABF) af det somatiske sygehusvæsen i Danmark. ABF blev indført som et led i aftalen om amternes økonomi 2004 mellem amterne og Finansministeriet. Det fremgår af aftaleteksten at (1) forventningen er, at *"en øget anvendelse af takststyring² kan bidrage til at få mere aktivitet for de prioriterede ressourcer til sygehusvæsenet, ved at øge fokus på aktivitet og omkostninger"*.

Ifølge aftalen skulle minimum 20% af sygehusenes bevilling være baseret på den præsterede aktivitet, men der blev ikke aftalt en fast model for, hvordan takststyringen skal gennemføres. I stedet er det op til amterne selv at foretage den konkrete udformning af takststyringen. Dog skal sygehusene *"i hensigtsmæssigt omfang kanalisere "takstmidlerne" ud på de udførende afdelinger"* (1).

DSI påbegyndte i starten af 2004 et projekt, der har til formål at evaluere indførelsen af takststyring i sygehusvæsenet. Helt konkret er det formålet med projektet at:

1. Gennemføre et litteraturstudie omfattende:
 - Økonomisk teori, der kan anvendes til at forudsige forskellige finansieringsformers konsekvenser i relation til opnåelse af en række overordnede målsætninger for sygehusvæsenet
 - Offentliggjorte undersøgelser af erfaringer med indførelse af aktivitetsbaseret finansiering.
2. Belyse konsekvenserne af indførelse af takststyring i Danmark, set i lyset af:
 - Forskellige måder at udforme takststyringen på, og dermed forskelle i de indbyggede incitamenter
 - Implementeringen af takststyringen i amterne, herunder hvilke barrierer der blokerer for realiseringen af takststyringens målsætninger.

I august 2004 udkom projektets første delrapport (3), indeholdende litteraturstudiet samt en foreløbig analyse af takststyringsmodellernes incitamenter, og implementeringen af modellerne i 4 amter. Rapporten indeholdt derudover nogle foreløbige vurderinger af de forventede konsekvenser af indførelse af takststyring. Rapporten er baseret på en række interviews gen-

² I aftalen betegnes aktivitetsbaseret finansiering som "takststyring". Betegnelsen takststyring blev ligeledes anvendt i en rapport fra en tværministeriel arbejdsgruppe fra 2003 (2).

nemført i januar og februar 2004, dvs. umiddelbart efter takststyringens indførelse.

Formålet med denne anden og afsluttende delrapport er at analysere erfaringerne efter ét år med takststyring. Rapporten vil belyse konsekvenserne set i relation til en række overordnede målsætninger for sygehusvæsenet. Derudover vil rapporten belyse hvilken betydning den videre implementering af takststyringen, samt takststyringsmodellernes incitament i praksis, har haft for opnåelse af disse målsætninger.

2. Baggrund

Det fremgår af et bilag til aftalen mellem regeringen og amterne (4), at amternes takststyringsmodeller bør understøtte følgende hensyn:

- høj aktivitet og kortere ventetider
- høj grad af udgiftskontrol
- høj grad af omkostningsproduktivitet
- høj grad af kvalitet, og at
- en grundlæggende præmis for tilrettelæggelsen af takststyringen af sygehusene bl.a. er, at den enkelte patient har fri og lige adgang til sygehusbehandling.

Med andre ord er det målet med indførelse af takststyring – gennem økonomiske incitamenter – at øge aktiviteten og produktiviteten i sygehusvæsenet. Samtidig er det målet at undgå en række utilsigtede konsekvenser i form af manglende kontrol med udgifterne, forringet behandlingskvalitet og øget ulighed i adgangen til behandling. Spørgsmålet er imidlertid, om takststyring vil leve op til disse forventninger.

I første delrapport fra projektet gennemgås eksisterende litteratur vedrørende erfaringerne fra indførelse af ABF (aktivitetsbaseret finansiering)³ i Sverige, Norge og Australien – lande, der ligesom Danmark har ændret finansieringsform fra rammestyring til ABF. Erfaringerne fra disse lande tyder på (3 kap. 3), at indførelse af ABF medfører en aktivitetsøgning, men at denne vil være størst umiddelbart efter indførelsen, hvorefter niveauet stabiliseres eller afløses af et egentlig fald i aktiviteten. Tilsvarende viser erfaringerne, at indførelse af ABF umiddelbart har en positiv effekt på produktiviteten, som dog senere aftager eller endog bliver negativ. Erfaringerne med hensyn til udgiftsstyringen viser, at lofter for de maksimale udbetalinger til sygehusene, tilsyneladende er effektive til at kontrollere de samlede udgifter for finansieringsparten (amt, stat m.v.). Til gengæld er budgetusikkerheden tilsyneladende blevet større for udbyderne af sygehusedelser (sygehusene) – en usikkerhed der falder tilbage på sygehusejerne, som i sidste ende skal dække eventuelle budgetoverskridelser. Der er kun få empiriske studier af sammenhængen mellem ABF og behandlingskvalitet. To ældre undersøgelser fra Norge har dog ikke kunnet påvise nogen reduktion i behandlingskvaliteten. Der findes ligeledes kun få undersøgelser af konsekvenserne for ligheden ved indførelse af ABF. Interviewundersøgelser fra Sverige har dog vist, at læger ganske ofte diskuterer, hvilke patienter der er økonomisk fordelagtige at behandle.

³ I rapporten anvendes betegnelsen ABF om det generelle princip om afregning i forhold til præsteret aktivitet. Betegnelsen takststyring anvendes om den konkrete aftale mellem regeringen og amterne vedrørende sygehusenes finansiering.

En nyere norsk undersøgelse (5) viser imidlertid, at operationsmønsteret inden for øre-næse-halskirurgien, siden indførelse af stykprisfinansiering, har ændret sig i retning af en større andel af indgreb, hvor marginalomkostningerne er lavere end taksterne. Desuden har en amerikansk undersøgelsesrapport fra 2005 (6) vist, at visse privathospitaler i USA hovedsageligt behandler patienter i de DRG-grupper, der er mest profitable, eller de patienter inden for en DRG-gruppe der er mindst omkostningskrævende.

Litteraturgennemgangen viste, at de faktiske konsekvenser afhænger af en række omstændigheder omkring udformningen og implementeringen af ABF, samt af en række ydre vilkår for sygehusene. Konsekvenserne vil således bl.a. afhænge af takstniveauet og eksistensen af udbetalingsloft, og med hensyn til ydre vilkår er det bl.a. af betydning, om sygehusene er underlagt en "blød" eller "hård" økonomistyring, dvs. om det opleves som relativt let at opnå tillægsbevillinger i tilfælde af budgetoverskridelser. Konsekvenserne vil desuden afhænge af, om sygehusene har adgang til relevante økonomistyringsværktøjer.

Første del af denne undersøgelse, der blev gennemført ca. en måned efter takststyringens indførelse, konkluderede, at de takststyringsmodeller, der var indført i de 4 amter, alle indebar et vist incitament til at øge aktiviteten, fordi beslutningstagerne vurderede, at taksterne var større end sygehusenes marginalomkostninger. Omvendt bevirkede det faktum, at alle modellerne havde et loft for den marginale udbetaling, at meraktiviteten forventedes at blive af begrænset omfang. Det vurderedes desuden, at forskelle i dækningsbidraget mellem forskellige patientkategorier kunne medføre, at nogle patientkategorier ville blive opprioriteret på bekostning af andre.

Derudover viste analysen, at der tilsyneladende havde været udbredt enighed i de 4 amter om udformningen af takststyringsmodellerne, ligesom der generelt var opbakning til ABF og til de takststyringsmodeller der var blevet indført.

Omkring selve implementeringen af takststyringen på sygehusene viste analysen, at ikke alle de interviewede klinikere fuldstændigt havde gennemskuet, hvordan takststyringen i praksis ville komme til at virke. Dette på trods af, at der fra administrationernes side var udfoldet store bestræbelser for at informere om takststyringsmodellerne.

Det fremgik, at sygehusene og afdelingerne ikke forventede, at der ville være de store barrierer for en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af deres aktivitet. De havde den fornødne dispositionsfrihed – herunder i et vist omfang mulighed for at overføre overskud til efterfølgende budgetår – og forventede ikke de store problemer i form af manglende personaleressourcer.

Takststyringen havde, på tidspunktet hvor interviewene fandt sted, endnu ikke givet sig udslag i de store initiativer med henblik på at øge aktiviteten. Der var generelt en afventende stemning, og det forventedes ikke at takststyringen ville få de store konsekvenser.

På grundlag af disse analyseresultater forudsiger første delrapport følgende konsekvenser af indførelse af takststyring: Målsætningen om øget aktivitet forventes at blive realiseret, og samtidig vil den udstrakte brug af udgiftslofter sikre budgetsikkerhed på amtsligt niveau. Konsekvenserne for produktiviteten vil være usikre og bl.a. afhænge af niveauet for taksterne sammenholdt med sygehusenes marginalomkostninger. Muligheden for at overføre underskud/overskud til efterfølgende budgetår vil virke produktivitsfremmende. Til gengæld kan takststyringen indebære en fare for forskelsbehandling mellem patientgrupper, mens konsekvenserne for kvaliteten er usikker.

Spørgsmålet er imidlertid, om forudsigelserne fra første delrapport har holdt stik. Dette vil bl.a. afhænge af, hvordan den videre implementering af takststyringen i amterne er forløbet: Hvordan takststyringsmodellerne har virket i praksis, om sygehusene og afdelingerne har haft de fornødne styringsværktøjer, og om der har været barrierer i form af manglende efterspørgsel eller manglende personaleressourcer. Det vil også afhænge af, hvilke incitamenter takststyringsmodellerne har indeholdt i praksis: Om niveauet for taksterne har påvirket omfanget og sammensætningen af aktiviteten, og om underskud/overskud rent faktisk er blevet overført til næste budgetår.

3. Teorigrundlag og analysemodel

Den teoretiske referenceramme, der danner grundlag for projektets analyser, er præsenteret detaljeret i projektets første delrapport (3). Dette kapitel indeholder en summarisk gennemgang af projektets teorigrundlag, der dels er økonomisk teori dels teori, om implementering af politiske beslutninger (implementeringsteori).

Den økonomiske teori anvendes til at analysere, hvordan selve takststyringen og dens udformning (de forskellige modeller) – via økonomiske incitamenter – tænkes at influere på beslutningstagerne i sygehusvæsenet. Denne teori suppleres med implementeringsteorien, der anvendes til at analysere, hvordan en række omstændigheder omkring hvordan man har indført takststyring på sygehusene, samt en række udefrakommende forhold ligeledes antages at påvirke de beslutninger der træffes.

3.1 Økonomisk teorigrundlag

Den økonomiske teori anvendes til at forudsige, hvordan forskellige finansieringsformer, ud fra en rationel økonomisk tankegang, vil fremme en række overordnede målsætninger som offentlige myndigheder antages at have for sygehusvæsenet. De overordnede målsætninger for sygehuset kan være (se fx (7)):

- forbedring og vedligeholdelse af befolkningens sundhedstilstand
- tilfredsstillelse af efterspørgslen efter sundhedsydelse
- høj kvalitet i sundhedsydelserne
- lige og fri adgang til sundhedsydelser
- kontrol med væksten i sundhedsudgifterne
- effektiv produktion.

Forskellige måder at finansiere sygehusvæsenet på antages, gennem deres indbyggede incitamenter, at fremme forskellige af disse overordnede mål for sygehusvæsenet. Jegers (8) klassificerer finansieringsformerne efter to dimensioner: For det første karakteriserer han afregningerne efter om de er faste eller variable, dvs. om afregningen afhænger af den producerede mængde. Ved en variabel afregningsform vil sygehusets afregning øges i takt med at aktiviteten øges, mens afregningen ved fast finansiering er uafhængig af den producerede mængde. Som udgangspunkt vil variabel afregning indebære et incitament til at øge aktiviteten (dog afhængig af taksten), mens fast afregning vil indebære et incitament til at minimere aktiviteten. Til gengæld vil den faste afregningsform indebære budgetsikkerhed for den myndighed, der skal finansiere sygehusudgifterne.

Derudover klassificerer Jegers afregningen efter, om den er prospektiv eller retrospektiv, dvs. i hvilket omfang afregningen afhænger af sygehusets faktiske produktionsomkostninger. Ved en prospektiv afregningsform vil afregningen være uafhængig af sygehusets faktiske produktionsomkostninger (fx faste DRG-takster⁴), mens en retrospektiv afregningsform vil tage højde for sygehusets faktiske produktionsomkostninger (fx sygehusspecifikke omkostningsbestemte takster). Som udgangspunkt indebærer prospektiv finansiering et incitament til at øge produktiviteten, mens retrospektiv finansiering ikke indebærer et incitament til at øge produktiviteten.

De konkrete incitamenter i forbindelse med variabel afregning afhænger dog af, hvilke afregningsenheder der anvendes. Og i den forbindelse klassificerer Jegers forskellige afregningsenheder:

- Fee for service (afregning pr. serviceydelse) vil indebære incitament til at øge antallet af undersøgelser og behandlinger pr. patient (dog afhængigt af prisen pr. ydelse).
- Betaling pr. sengedag vil medføre incitament til at øge antallet af sengedage (igen afhængigt af betalingen pr. sengedag).
- Betaling pr. udskrivning (fx DRG-takster) vil medføre incitamenter til at reducere omkostningerne pr. udskrivning. Dette kan ske ved at undgå undersøgelser og behandling ("skimping"), at undgå de mest ressourcekrævende patienter i en gruppe ("dumping") eller ved at tiltrække de "letteste" patienter i en gruppe ("cream-scimming").
- Betaling pr. år pr. tilmeldt person, uanset hvilke sundhedsydelser denne person forbruger (per capita). Betalingsformen vil indebære et incitament til at mindske antallet af ydelser pr. person, eller at forebygge forbrug af sygehuseydelser. Sådanne finansieringsformer er pr. definition faste.

Med udgangspunkt i Jegers model kan indførelse af takststyring i Danmark karakteriseres som en ændring fra fast, prospektiv finansiering af sygehuse-⁵ (rammefinansiering) til variabel, prospektiv finansiering med anvendelse af DRG-takster.

Jegers model har som udgangspunkt, at sygehusets målsætning er at maksimere overskuddet (profitmaksimering). Imidlertid antages det i flere økonomiske modeller for sygehusernes økonomiske adfærd (9-11), at sygehuserne udover at maksimere overskuddet vil have andre målsætninger, fx at maksimere antallet af behandlede patienter, behandlingskvalitet eller slack.⁶ Disse

⁴ Selv om de danske DRG-takster er beregnet på grundlag af sygehusernes omkostninger, er taksten uafhængig af det enkelte sygehuses omkostninger.

⁵ Ikke helt, da sygehuserne tidligere har haft visse elementer af ABF, fx i tilknytning til fritvalgsområdet.

⁶ Slack er et mål for forskellen mellem virksomhedernes faktiske ressourceforbrug, og det ressourceforbrug der var nødvendigt, hvis virksomheden producerede mest effektivt. Slack kan fx anvendes til at forbedre personalets arbejdsvilkår eller til indkøb af avanceret apparatur.

forskellige målsætninger vil ofte være i modstrid med hinanden, idet øget behandlingskvalitet og slack kan indebære en reduktion i overskuddet. Også målsætningen om øget aktivitet kan være i modstrid med målsætningen om overskudsmaksimering, hvis dette fører til, at der produceres selv om marginalomkostningerne overstiger den takst der betales.

Beslutningstagerne på sygehusene vil både være administratorer og klinkere, to personalegrupper som kan antages at have forskellige målsætninger eller forskellige prioriteringer af forskellige mål (11). Spørgsmålet er derfor, hvordan sygehusene i sidste ende vil reagere på en ændring af finansieringen.

Set i relation til det offentlige danske sygehusvæsen, er overskudsmaksimering (profitmaksimering) ikke som sådan relevant, da der ikke – udover sygehusejerne (amterne) – er ejere, der kan gøre krav på et sådant overskud. I stedet kan man tale om, at sygehusene og afdelingerne kan have nytte af et eventuelt overskud (forskel mellem budget og forbrug), der kan anvendes til formål som fx uddannelse eller indkøb af nyt apparatur.

Nedenstående tabel 3.1 sammenfatter den økonomiske teori om konsekvenserne af en ændring fra rammestyring til takststyring.

Tabel 3.1 Konsekvenser af ændring fra rammestyring (fast prospektiv finansiering) til ABF (variabel prospektiv finansiering) ved anvendelse af DRG-takster.

Målsætning	Konsekvens	Begrundelse/forudsætning
Aktivitetsniveau	Øget aktivitet	Afhænger dog af takstniveau.
Produktivitet	Usikker	Forudsætter bl.a. at sygehuset kan beholde overskud/skal dække underskud både under rammestyring og ABF. ⁷
Udgiftsstyring	Øgede udgifter på makroniveau	Afhænger dog af om der indføres udgiftsloft.
Kvalitet	Usikker	Sygehuset har både under rammestyring og ABF incitament til at reducere omkostningerne fx gennem sparede behandlinger. Afhænger af hvordan mål om kvalitet indgår i nyttefunktionen.
Lighed	Øget ulighed	Variation i ressourceforbruget inden for samme patientgruppe. Variation i dækningsbidraget mellem patientgrupper. Afhænger af hvordan målet om lighed indgår i nyttefunktionen.

⁷ En af de eksterne reviewere har gjort opmærksom på, at incitamentet til at forøge produktiviteten, også afhænger af forholdet mellem afdelingens omkostninger og taksterne, og af hvor stor andel takststyringen udgør af afdelingens samlede budget.

3.2 Implementeringsteori

Implementeringsteorien beskæftiger sig med analyser af, hvilke faktorer der har betydning for, om en politisk beslutning resulterer i, at de mål, der var hensigten med beslutningen, realiseres (se fx (12;13)).

De faktorer, der influerer på opnåelse af målsætningerne, kan groft inddeles i faktorer, der vedrører tilblivelsen af den politiske beslutning, kaldet "politikformuleringen", faktorer der vedrører processen i forbindelse med implementeringen af beslutningen samt en række udefra kommende forhold.

Politikformuleringen i forbindelse med indførelse af takststyring i de enkelte amter blev analyseret i første delrapport, og vil ikke blive berørt yderligere i denne rapport. Derimod vil rapporten analysere en række faktorer i forbindelse med implementering af takststyringen på sygehusene.

Sabatier (12) gennemgår en række forhold, som enten kan fremme eller blokere for realiseringen af en politisk beslutnings formål. Disse forhold kan være knyttet til selve den måde, man har valgt at føre beslutningerne ud i livet på – herunder betingelserne for de institutioner (implementing agency) og embedsmænd (implementing official) der har ansvaret for at implementere beslutningen (interne faktorer). Derudover kan der være tale om udefrakommende faktorer, som ikke umiddelbart er knyttet til selve beslutningen (eksterne faktorer).

Blandt de interne faktorer der er relevante set i relation til takststyring kan nævnes:

- At den konkrete beslutning og den konkrete realisering af beslutningen rent faktisk fører til de ønskede mål: om den måde, man har valgt at udforme takststyringen på – i det enkelte amt og på det enkelte sygehus – resulterer i de fornødne incitament.
- Hvorvidt der er en præcis beskrivelse af målene, samt om der er en klar prioritering af målene i forhold til andre opgaver, som er pålagt implementeringsmyndighederne. Om der fx er en klar prioritering mellem indførelse af takststyring og andre initiativer i sygehusvæsenet så som kvalitetssikringsinitiativer.
- At de ansvarlige institutioner har tilstrækkelige ressourcer – finansielle såvel som administrative – til at kunne gennemføre de fornødne ændringer. At sygehusene og afdelingerne har den fornødne beslutningskompetence, kan skaffe det fornødne personale, og at de har de nødvendige administrative støttesystemer.

Blandt udefrakommende forhold, der er relevante set i relation til opnåelse af målsætningen med takststyringen, kan nævnes:

- At de institutioner og embedsmænd, der er ansvarlige for implementeringen har tilstrækkelig indflydelse på de parametre, der fører til opfyldel-

se af målsætningen. I relation til indførelse af takststyring er det således en forudsætning for opfyldelse af målsætningen om øget aktivitet, at sygehusene og afdelingerne rent faktisk kan kontrollere aktiviteten.

- Svigtende politisk og offentlig støtte til problemstillingen. Opmærksomheden og dermed opbakningen til problemstillingen kan ændres, fordi nye og vigtigere problemer dukker op, som får større politisk opmærksomhed. Nye problemstillinger, og dermed nye dagsordner i sygehusvæsenet, kan medføre svigtende interesse og engagement mht. takststyring.
- Manglende eller faldende opbakning og engagement blandt de institutioner og embedsmænd, der skal implementere beslutningen. I det omfang institutionerne er ambivalente eller endog fjendtlige over for indgrebet, evt. fordi det er i konflikt med andre mål for organisationen, vil der være stor risiko for, at målsætningerne kun i begrænset omfang realiseres.

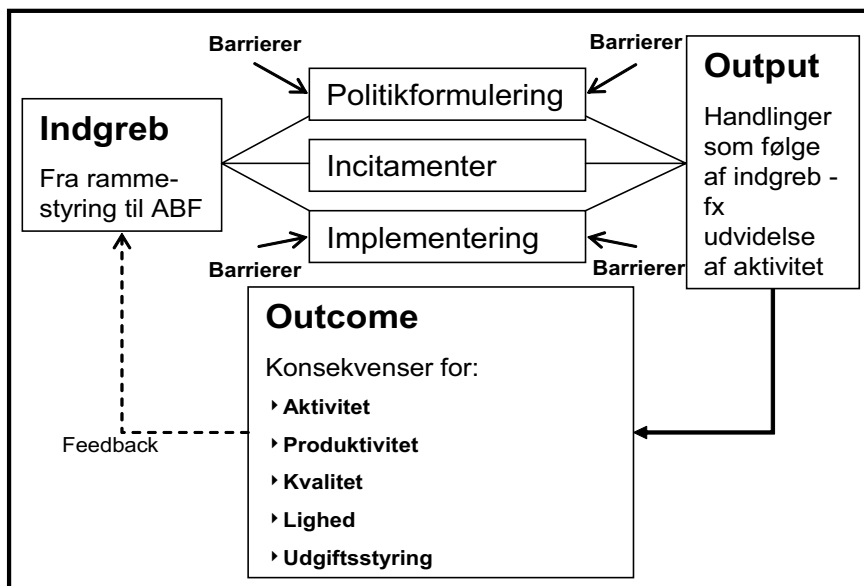
3.3 Analysemodel

Med udgangspunkt i den teori, der blev gennemgået i de foregående afsnit, er analysen baseret på følgende overordnede antagelser: *Indførelse af takststyring i sygehusvæsenet har til formål at løse nogle problemer i relation til opnåelse af myndighedernes overordnede målsætninger for sundhedsvæsenet. Hvorvidt takststyring rent faktisk fører til løsning af de problemer, den er tiltænkt at løse, afhænger af de incitamenter der er indbygget i de anvendte modeller, samt af den måde takststyringen er blevet implementeret på i de enkelte amter.*

Ovennævnte sammenhænge er sammenfattet i model (figur 3.2).

Første del af projektet indeholdt en analyse af incitamenterne i de modeller, der blev indført i de 4 amter der indgår i projektet. *Incitamenterne* blev belyst gennem objektive data vedrørende niveauet for takster, eksistensen af udgiftslofter, knæktakster m.v. Derudover blev incitamenterne belyst gennem de interviewedes subjektive vurdering af niveauet for taksterne og betydningen af udgiftslofter m.m. Delprojektet indeholdt derudover en analyse af *politikformuleringsfasen*, belyst gennem hvem der var involveret i udarbejdelsen af takststyringsmodellerne, samt om der var opbakning til de vedtagne modeller og til ABF og DRG-systemet generelt. Endelig blev den foreløbige *implementering* analyseret med udgangspunkt i, hvordan der var blevet informeret om takststyringsmodellerne på sygehuse og i sygehusafdelinger, og om aktørerne var af den opfattelse, at takststyringsmodellerne var forståelige og overskuelige, ligesom forventede barrierer i form af manglende beslutningskompetence blev belyst. På baggrund af disse analyser blev der foretaget en vurdering af de forventede *konsekvenser* af takststyringen set i relation til de, i modellen, opstillede mål.

Figur 3.2 Analysemodel



Denne afsluttende del af projektet vil indeholde en analyse af den videre *implementering* i løbet af det år takststyringen har været i kraft. Implementeringsprocessen vil bl.a. blive belyst gennem erfaringerne med takststyringsmodellerne i praksis, omfanget af administrativ støtte til sygehuse og afdelinger og holdning til ABF. Projektet vil derudover indeholde en analyse af modellernes *incitamenter* i praksis, bl.a. gennem belysning af takstniveauets og udgiftslofternes betydning for aktivitetsomfanget.

Endelig vil projektet indeholde en konklusion med hensyn til takststyringens foreløbige konsekvenser målt på 5 målsætninger, nemlig:

- forøget aktivitet
- forbedret produktivitet
- uændret behandlingskvalitet
- fortsat lighed i adgangen til sygehusbehandling
- udgiftskontrol.

4. Metode og datagrundlag

4.1 Datagrundlag

Som ved første interviewrunde er analysen baseret på interviews med repræsentanter på forvaltnings-, sygehus-, og afdelingsniveau fra 4 amter, nemlig Århus Amt, Nordjyllands Amt, Roskilde Amt og Frederiksborg Amt (om udvælgelse af amter og interviewpersoner se kap. 4 i 1. delrapport). I alt er der gennemført 15 interview, og i alle tilfælde er de interviewede personer de samme som ved første interviewrunde.

Interviewene er suppleret med tilgængeligt skriftligt materiale, der belyser regnskabsresultater med hensyn til økonomi og aktivitet i de 4 amter.

Interviewene er gennemført som semistrukturerede interview (14, s. 133 ff.), idet valget af den semistrukturerede interviewform hænger sammen med det afgrænsede emne, der ønskes belyst (en nærmere diskussion af den valgte interviewmetode findes i 1. delrapport (3 s. 51)). De anvendte spørgeskræmmer er vist i bilag 1. Interviewene blev optaget på bånd, og der er på grundlag af båndoptagelsen udarbejdet referat. På baggrund af den opstillede analysemodel er der herefter sket en meningskondensering af materialet. I det omfang der er citater i rapporten, er disse konstrueret på grundlag af referaterne. Referaterne er efter aftale ikke sendt til godkendelse hos interviewpersonerne.

4.2 Metodediskussion

Der er tale om en analyse der hovedsageligt er baseret på kvalitativ metode og data. Rapporten bygger således hovedsageligt på de interviewedes opfattelser af barrierer i forbindelse med implementeringen af takststyringen og de interviewedes opfattelse af takststyringsmodellernes incitamenter. Resultaterne med hensyn til opnåelse af de overordnede mål for takststyringen er ligeledes i vidt omfang baseret på de interviewedes vurderinger.

Analysen af konsekvenserne for aktivitet og udgiftsstyring er baseret på opgørelser modtaget fra de involverede sygehuse og amter. Analyse-mulighederne begrænses dog af, at de 4 amter har anvendt forskellige takststyringsmodeller og forskellige opgørelsesmetoder. Analysen af konsekvenserne for produktivitet, kvalitet og lighed er baseret på de interviewedes opfattelser. Interviewformen kan ikke anvendes til egentlig måling af parametre som produktivitet, kvalitet og lighed, men kan anvendes til at afdække årsager til eventuelle konsekvenser for de pågældende parametre. Dog er der en fare for, at svarene afspejler det man *bør* gøre, frem for det man rent faktisk gør.

Et alternativ til den kvalitative metode er målinger baseret på mere objektive data, så som målinger af kvaliteten gennem opgørelser af antallet af komplikationer, og målinger af udviklingen i lighed ved hjælp af statistik over ændringer i patientsammensætningen. Tilsvarende kan produktiviteten beregnes gennem opgørelser af forholdet mellem sygehusproduktionen (opgjort fx i DRG-værdi) og sygehusenes samlede omkostninger. Sådanne kvantitative opgørelser forudsætter dog, at det fornødne datagrundlag foreligger, hvortil kommer at resultatet – og dermed objektiviteten – vil afhænge af hvordan det tilgrundliggende datamateriale er opgjort og afgrænset. Fx vil opgørelse af sygehusproduktionen være påvirket af udviklingen i registreringspraksis.

Generelt er det forbundet med usikkerhed at isolere takststyringens konsekvenser fra konsekvenserne af andre tiltag i sygehusvæsenet. Således pålægges sygehusvæsenet årligt en produktivetsforbedring på 1,5%, og det er vanskeligt at isolere takststyringens effekt på produktiviteten, fra den effekt der stammer fra det generelle produktivetskrav.

Som tilfældet var i første delrapport, indeholder denne rapport en vurdering af konsekvenserne af indførelse af takststyring i det danske sundhedsvæsen med baggrund i generelle træk ved implementeringen og incitamenterne indbygget i de anvendte takststyringsmodeller. Rapporten forsøger *ikke*, med udgangspunkt i forskelle i implementeringsproces, barrierer og takststyringsmodeller, at analysere og sammenligne resultaterne i de 4 amter. Dette skyldes, at datagrundlaget er for spinkelt til, at der med rimelighed kan forsøges udledt en egentlig årsagssammenhæng. Derudover skyldes det, at en række forhold, udover at takststyringen – lokalt betinget eller på landsplan – kan have haft konsekvenser for aktivitetsniveau, udgiftskontrol, produktivitet, kvalitet og lighed i de 4 amter. I de tilfælde, hvor særlige forhold vedrørende modellens formning eller implementeringen i et af amterne har givet sig udslag i konsekvenser, som er specielle for det pågældende amt, er dette dog inddraget i analysen.

Hvor det er relevant, er der i analysen skelnet imellem holdninger på hhv. forvaltnings-, sygehus- og afdelingsniveau.

Rapportens analyser kan ikke ukritisk generaliseres bredere ud. Det skyldes, at fx demografiske, geografiske, politiske og økonomiske forhold vil variere mellem landets amter. Dog har målet med rapporten, og dermed udvælgelsen af amter, sygehuse og respondenter været at ramme så bredt som muligt.

5. Implementering og barrierer

Ifølge implementeringsteorien vil resultatet af implementeringen af en politisk beslutning bl.a. afhænge af en række forhold knyttet til selve den måde, man har valgt at udforme og implementere beslutningen på (interne barrierer). I relation til takststyring vil en opfyldelse af målene således kunne forhindres af problemer med at anvende den valgte takststyringsmodel i praksis, eller af mangelfulde implementeringsværktøjer så som manglende administrativ støtte i form af løbende og opdaterede aktivitets- og økonomiopfølgningsoversigter.

En opnåelse af målene med en politisk beslutning kan også forhindres af udefrakommende barrierer. Opnåelse af målene for takststyring forudsætter således, at beslutningstagerne har mulighed for at kontrollere de faktorer, der afgør om målene nås i tilfældet af takststyring, fx har mulighed for at styre aktiviteten eller at tiltrække de fornødne personaleresressourcer. Ligeledes er det en forudsætning, at der er en vedvarende opbakning til målene, både internt i organisationen og også eksternt hos de overordnede administrativt ansvarlige og politikerne.

5.1 Interne barrierer

Dette afsnit indeholder en analyse af, hvordan de takststyringsmodeller, man har valgt at anvende i de 4 amter, har fungeret i praksis. Det analyseres desuden, om den administrative støtte i form af aktivitets- og budgetopfølgningsoversigter har været tilstrækkelig, samt hvordan DRG-systemet har fungeret i relation til takststyringen. Endelig analyseres det, i hvilket omfang indførelse af takststyring har betydet en forøgelse i administrationsomkostningerne.

Fastlæggelse af aktivitetsbudget

Som det fremgik af kapitel 3.1, indebærer ABF, at der er en sammenhæng imellem den præsterede aktivitet og sygehusenes bevilling. Denne sammenhæng kan fx illustreres som i figur 5.1, hvor:

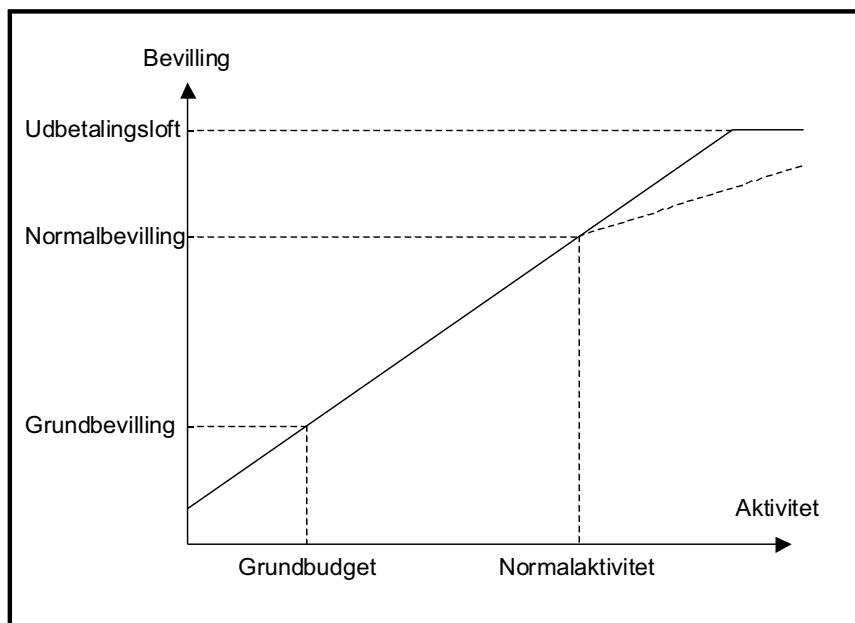
Normalbudgettet er det aktivitets- og bevillingsniveau, som sygehusene/afdelingerne ville have haft under normal ramme-/kontraktstyring.

Grundbudgettet er det aktivitetsniveau med tilhørende grundbevilling, hvor takstfinansieringen starter.

Loft betegner den maksimale bevilling, der udbetales.

Ud fra et teoretisk synspunkt kan et finansieringssystem, hvor sygehusbudgetterne automatisk reguleres i takt med aktiviteten opgjort i DRG-værdi, synes simpelt. Men i praksis viser der sig at kunne opstå en række proble-

Fig 5.1 Sammenhæng mellem aktivitet og bevilling



mer, der giver sig udslag i, at det er vanskeligt og tidskrævende at indpasse takststyringen i den løbende økonomistyring. Disse problemer giver derudover anledning til diskussioner mellem forvaltningerne, sygehusene og afdelingerne.

Et af de problemområder, der hyppigst nævnes, er fastlæggelse af det "normale" aktivitetsbudget, jf. ovenstående definition (i mange amter benævnt "baseline"). Det, der bl.a. komplicerer fastlæggelsen af aktivitetsbudgettet, er, at det skal afspejle kapacitetsændringer og indeholde de aktivitetsmæssige konsekvenser af strukturændringer, fx nyoprettede sygehuse og afdelinger. Desuden skal der i nogle amter tages højde for aktivitetens fordeling på hhv. udenamts- og indenamtsaktiviteten, hvortil kommer, at man ofte indregner en forventet stigning i produktionsværdien, som skyldes ændringer i registreringspraksis (creep).

Flere repræsentanter for administrationen på sygehuse og i sundhedsforvaltninger giver udtryk for, at det er blevet teknisk indviklet, og at det kan være vanskeligt at forklare afdelingsledelserne og for den sags skyld også politikerne hvad indholdet er: "Vi er ved at beregne baseline for 2005, og der må man sænke baseline med meraktiviteten for sidste år – det kan jeg simpelthen ikke forklare dem, så teknisk indviklet er det" (økonomichef fra sygehus). Selv for dem der arbejder med det til hverdag, er det svært at forstå, og så er det efter den interviewedes opfattelse også svært for afdelingerne.

Fastlæggelse af et "rigtigt" udgangspunkt for takstafregningen er naturligvis vigtigt, da dette danner grundlag for sygehusets/afdelingens takstafregning. Grundlaget for takstberegningen er derfor ofte genstand for diskussioner mellem sygehusledelsen og afdelingsledelserne, og flere af de interviewede afdelingsrepræsentanter giver udtryk for utilfredshed med deres baseline. Nogle af de problemer der nævnes er, at det år, som baseline udregnes fra, efter de interviewedes opfattelse ikke er repræsentativt, fx fordi der har været særlige aktivitetsprojekter i det pågældende år.

En forvaltningsrepræsentant finder det da også vanskeligt at sikre, at der er samme udgangspunkt for alle sygehuse, således at nogle sygehuse ikke kommer lettere til målet end andre. Han nævner som eksempel et sygehus, som på grund af engangsbesparelser havde et lavt aktivitetsniveau det år, der dannede grundlag for baseline i amtet, og derfor kom relativt let i mål i 2004. Han peger ligeledes på, at modellen ikke tager højde for sygehusenes produktivitet, hvor nogle sygehuse kan have en relativt lav produktivitet, og dermed luft til at producere meget inden for deres kapacitet. En økonomichef på et sygehus erkender tilsvarende, at en fejlagtig baseline kan være forklaringen på, at nogle afdelinger nåede og andre afdelinger ikke nåede deres aktivitetsbudgetter i 2004.

Tilsyneladende intensiveres diskussionerne om udgangspunktet for aktivitetsbudgettet og grundlaget for takststyringen i det hele taget, hvis sygehuse og afdelinger har problemer med at nå deres aktivitetsniveau. På et sygehus opstod diskussionen således i forbindelse med årets afslutning, hvor det viste sig, at der var meget store variationer med hensyn til, om afdelingerne havde nået deres aktivitetsniveau eller ej. Nogle afdelinger havde således ikke nået aktivitetsniveauet og skulle aflevere store beløb: *"Så blev alle spørgsmålene rejst om valide registreringer, DRG-grupper og alt det cirkus"* (økonomichef på sygehus). DRG-systemet kan altså blive en slags "syndebuk" for manglende opnåelse af aktivitetsbudgettet. På grund af diskussioner om registreringspraksis og aktivitetsbudget er man i flere amter begyndt at supplere DRG-værdier med de traditionelle aktivitetsmål som sengedage og udskrivninger.

Derimod er de tekniske diskussioner mindre, når alle har opfyldt deres aktivitetsmål. En forvaltningsrepræsentant, som mener at amtets takststyringsmodel har fungeret uden problemer, udtrykker det således: *"I praksis har den fungeret fint. Det man kunne forestille sig var, at hvis det gik rigtigt skidt for dem, og de ikke kunne producere det de skulle – ville den så også fungere fint?"* (planlægningschef).

Tekniske problemer kan hænge sammen med valget af takststyringsmodel. I et af amterne har man således valgt en kompliceret takststyringsmodel, der delvist er baseret på meraktivitet inden for særlige patientgrupper. Dette har

voldt registreringsmæssige problemer, dels med at definere og afgrænse de pågældende patientgrupper, dels med at følge op på, om aktiviteten rent faktisk er realiseret. Man har derfor opgivet at følge takststyringsmodellen ved vurderingen af det endelige årsresultat, og i stedet for, i et vist omfang, valgt at fastlægge resultatet på grundlag af administrative vurderinger.

I det hele taget er flere af den opfattelse, at takststyringen har medført mere bureaukrati, fordi alle beslutninger, der har konsekvenser for aktiviteten, fx kapacitetsudvidelser eller strukturændringer, skal indpasses i en takststyringsmodel. Mens man tidligere alene skulle beregne de økonomiske konsekvenser, skal de aktivitetsmæssige konsekvenser nu også værdisættes i DRG-værdi. *"Det var mere straight da vi bare havde rammestyringen. Før kunne man ordne problemer ved at sige her har vi et problem og her har vi en løsning, men nu skal det syltes ind i en forkromet model, som bare på en eller anden måde besværliggør tingene"* (planlægningschef).

Information og opfølgingsværktøjer

En forudsætning for at afdelingsledelserne kan leve op til deres økonomiske ansvar, herunder sikre at de præsterer den nødvendige aktivitet, er, at de får den nødvendige administrative støtte, fx i form af aktivitets- og økonomiopfølgning.

Denne støtte får afdelingerne tilsyneladende. Afdelingsledelserne udtrykker således generelt tilfredshed med samarbejdet og opbakningen fra administrationen i forbindelse med takststyringen. En enkelt mener endda, at takststyringen har betydet, at vedkommende har fået et tættere kendskab til økonomiafdelingen.

På alle 4 sygehuse udsendes som minimum en gang hver måned lister, der viser afdelingernes samlede produktion i forhold til baseline og loft. Ofte er listerne suppleret med grafer der viser udviklingen måned for måned. I et enkelt amt sendes lister ud hver uge.

Alle afdelingsledelser udtrykker tilfredshed med de lister de modtager. Enkelte kunne dog godt tænke sig mere detaljerede lister, fx fordelt på diagnoser eller på delfunktioner, så man i tilfælde af afvigelser kan se hvor problemerne ligger. Men de fleste udtaler, at de blot kan henvende sig til administrationen for at få hjælp til at grave yderligere i tallene, hvis de har behov for det. Men under alle omstændigheder giver listerne et godt overblik over, hvor man er på vej hen.

Repræsentanterne for administrationen på sygehuse og i forvaltninger lægger da også vægt på, at opfølgningen bliver gjort rigtigt *"for når der skal være takststyring, skal det også være nøjagtigt og rigtigt"* (planlægningschef). Imidlertid er de selv kritiske over for deres mulighed for at støtte afde-

lingsledelserne. Fx medfører tekniske problemstillinger og sen udmelding af baseline fra Sundhedsstyrelsen, at man først langt hen på året kender de endelige produktionsmål (lofter og baseline). *"Vi plejer at melde budgetter ud 1. januar, så der ikke er nogen tvivl om, hvad folk skal rette sig efter og styre efter"* (sygehusdirektør). Den sene fastlæggelse af produktionsmål medfører desuden, at man skal et stykke ind i året før aktivitetsopfølgningen over for afdelingerne sendes ud. I et af amterne har man således endnu ikke (1. april) sendt lister rundt. Det samme var tilfældet i 2004, hvor man først i maj måned kendte de endelige produktionslofter. Afdelingerne på det pågældende sygehus kender altså ikke deres aktivitetsniveau på et tidspunkt, hvor ca. en tredjedel af året er gået. Denne sene start på aktivitetsopfølgningen medfører, at afdelingernes mulighed for at styre såvel aktivitet som udgifter begrænses, dels fordi der kun er en begrænset del af året tilbage at indhente evt. mindreaktivitet i, dels fordi indgreb, der har til formål fx at begrænse udgifterne, ofte først får virkning efter flere måneder.

Udover at afdelingerne først flere måneder inde i året kender deres endelige produktionsmål, kan afdelingernes mulighed for at følge op på aktiviteten begrænses af andre forhold. En forudsætning for at de oversigter der udsendes til afdelingerne er anvendelige til styringsformål er således, at aktivitetsregistreringen, herunder diagnoser m.v., er ajourført. I det omfang patienter ikke er færdigregistreret, vil aktivitetsstatistikken undervurdere den gennemførte produktion. Der syntes at være nogen forskel med hensyn til forsinkelsen i patientregistreringen. To afdelinger fra samme sygehus oplyser således begge, at de kun har en lille forsinkelse i færdigregistreringen. Den ene har en forsinkelse på 8-9 dage, mens den anden oplyser, at 95% af epikriserne er sendt ud inden for 5 dage (og dermed er patienten færdigregistreret). På en tredje afdeling bliver det oplyst, at alt er registreret inden den 5. i måneden.

På de øvrige afdelinger erkender man derimod, at man kan være op til flere måneder bagud med færdigregistreringen af patienter. De pågældende afdelinger skal derfor flere måneder – ofte 2 eller 3 måneder – bagud for at få et reelt billede af aktiviteten. Dette synes imidlertid ikke at genere afdelingsledelserne, i hvert fald ikke nok til at man får rettet op på forsinkelsen. Den manglende interesse for at sikre sig opdaterede aktivitetsstatistikker kan skyldes, at afdelingerne alligevel ikke mener, at de kan kontrollere aktiviteten, eller at det ikke opfattes som et problem at nå aktivitetsmålene (jf. kap. 5.2 om sygehusenes mulighed for at styre aktiviteten).

Mens der således ikke i alle afdelinger synes at være de store incitamenter til at færdigregistrere i løbet af året, er der utvivlsomt et incitament til at færdigregistrere i slutningen af året. Ved årsafslutningen afgøres det endelige aktivitetsniveau – og dermed grundlaget for beregningen af afdelingens endelige indtægt. Amterne har sat en dato for, hvornår det endelige resultat

vil blive målt, og dermed en dato for hvornår registreringerne skal være afsluttet for at kunne blive medregnet i årets aktivitetsresultat. Flere af de interviewede melder om stor registreringsaktivitet i dagene op til denne dato, hvilket vidner om, at der er stor interesse for, at årets indtægt bliver så stor som mulig.

DRG-systemet i praksis

DRG-systemet er et vigtigt værktøj i forbindelse med takststyringen. Problemer med DRG-systemet, fx med grupperinger eller omkostningsvægte, kan være en barriere for takststyringens succes.

I første interviewrunde spurgte vi, hvordan holdningen var til DRG-systemet, og svarene viste, at der generelt var en positiv holdning til systemet. Spørgsmålet er imidlertid, om erfaringen med anvendelse af systemet i praksis har ændret denne holdning.

Som ved første interviewrunde er de interviewede klinikere generelt tilfredse med DRG-systemet, selv om der stadig er eksempler på grupper, der ikke er optimale. De problemer, der nævnes, er typisk med grupperinger, som ikke er ressourcehomogene, fordi omkostningen inden for samme gruppe fx afhænger af, om der anvendes en meget dyr medicin eller ej. Ligeledes kan der være problemer med takster, der ikke afspejler behandlingsomkostningerne, fx to DRG-grupper med ensartet takst, men hvor behandlingsomkostningerne tilsyneladende er forskellige, både med hensyn til tidsforbruget på operationsstuen og med hensyn til omkostningerne til proteser.

Ligeledes nævnes det som en urimelighed, at taksten afhænger af, i hvilken rækkefølge operationer registreres: *"Jeg synes at det er meningsløst, at vi skal sidde og bruge ressourcer på at finde ud af, hvordan man koder bedst muligt, og at sekretæren så skal huske, at hvis man både fjerner mandler og polypper og lægger dræn i ørene, så der det vigtigt at skrive drænene først, fordi så giver det flere penge, end hvis man skriver mandlerne først"* (ledende overlæge).⁸ En anden læge nævner, at det kan være tidskrævende at finde de rigtige diagnoser. Som eksempel nævner han kræftdiagnoser.

Endelig er det opfattelsen hos en af de medicinske læger, at honorering af indlæggelser er højere end honorering af ambulante forløb: Jo mere kompliceret de ambulante forløb bliver, jo dårligere er dækningen af omkostningerne. Uanset om denne opfattelse er korrekt eller ej, vil den virke som en barriere for omlægning fra stationær til ambulante behandling, og dermed for en forøgelse af produktiviteten i sygehusvæsenet.

⁸ DRG-systemet er nu ændret således, at grupperingen ikke længere afhænger af rækkefølgen på de registrerede operationer.

At man på nogle sygehuse er begyndt at supplere DRG-værdien med traditionelle aktivitetsmål som sengedage og udskrivninger (jf. side 24) vidner desuden om, at der fortsat er en vis mistillid til systemet. Denne mistillid kan skyldes utilfredshed med gruppeinddeling eller vægte, men den kan også skyldes mistillid til egne registreringer – at fejlregistreringer medfører, at produktionen opgjort i DRG-point ikke afspejler (undervurderer) den præsterede aktivitet.

Erfaringerne med at anvende DRG til takststyring har betydet, at administrationerne tilsyneladende er blevet mere skeptiske. Nu da DRG-systemet via takststyringen er blevet en del af sygehusdriften, efterlyses der en større opbakning fra de centrale myndigheders side. Sundhedsstyrelsen bør være mere driftsorienteret og acceptere, at de er blevet en del af driftsorganisationen. Systemet er efter fleres opfattelse endnu ikke klar til, at man kan anvende det til takststyring og økonomistyring.

Der peges således på, at de årlige opdateringer af grupper og takster kan have særdeles store konsekvenser for brugen af systemet til afregningsformål, fordi taksterne svinger for meget fra år til år. Selv om systemet samlet set er et nulsumspil, kan takstændringer have store konsekvenser for den enkelte afdeling. Fra 2004 til 2005 er der sket en stor stigning i taksterne inden for det ortopædkirurgiske område, hvilket har haft store konsekvenser i takstafregningen over for sygehusene. I et amt betød det, at produktionsværdien for en afdeling pludselig steg med 10 mio. kr. ved uændret produktion. Den løbende opdatering af systemet indebærer desuden at nye behandlinger kan registreres, og at særligt ressourcekrævende behandlinger dermed kan udskilles. Dette kan ligeledes have store konsekvenser for DRG-værdien for en enkelt afdeling.⁹

Opdateringerne er et udtryk for en finjustering af systemet, men også et udtryk for, at systemet løbende tilpasses den medicinske teknologiske udvikling. Spørgsmålet er imidlertid, om denne tilpasning sker hurtigt nok: *"Det grundlæggende problem med systemet er, at det forsøger at beskrive en virkelighed som undergår en ekstrem udvikling, og der halter det hele tiden bagefter. Der kommer nye behandlinger og nye koder og alt muligt, og det halter altså bagefter. Det vil det altid gøre."* (planlægningschef).

På den ene side efterlyses der således en fortsat forbedring af systemet med mere ressourcehomogene grupper, og takster der bedre afspejler gruppernes relative omkostninger, ligesom man forventer, at systemet løbende følger med den medicinske teknologiske udvikling. På den anden

⁹ Variationerne i taksterne giver i øvrigt anledning til spekulationer i, hvorvidt de er udtryk for en politisk prioritering, idet en medicinsk overlæge mener, at forhøjelsen i taksterne for hofteoperationer skyldes et politisk ønske om at få gennemført flere af den type behandlinger.

side beklager man den manglende kontinuitet og de administrative ulemper der følger med, når der kommer nye grupper, og når taksterne ændrer sig. En mulig løsning på nogle af de administrative problemer kunne være, at man, som i et af amterne, hvert år genberegner aktivitetsbudgetterne med udgangspunkt i den seneste ajourførte version af DRG-systemet.

Ved første interviewrunde blev der udtrykt bekymring for, om DRG-systemet, herunder anvendelsen af DRG-systemet til takststyring, ville påvirke registreringspraksis. Det fremgår da også ved anden interviewrunde, at man mange steder arbejder på at forbedre registreringspraksis, og at dette arbejde, der har stået på igennem flere år, er blevet intensiveret som følge af takststyringen. Det øgede fokus på registreringer fører til stigende DRG-værdier (creep) på enkelte afdelinger, som pludselig begynder at registrere udover det mest nødvendige. Men dette creep er ifølge de interviewede generelt ikke udtryk for overregistrering, men et udtryk for at flere er begyndt at registrere mere korrekt.

Den generelle holdning blandt de interviewede klinikere er, at der skal registreres korrekt, og ikke spekuleres i at registrere for at få en ekstra gevinst. Når man ikke spekulerer, skyldes det til dels, at man senere skal bruge registreringerne til andre formål, fx forskning. Hertil kommer, at det sandsynligvis vil blive opdaget, ligesom moralske hensyn synes at spille ind: *"Hvis man forestillede sig, at jeg gik ud i afdelingen og sagde til alle, at nu skulle vi være sådan lidt kreative og småfuske med DRG-registreringen – sikke en attitude at have i en afdeling, sikke en kultur"* (adm. overlæge).

Administrationsomkostninger

Det fremgik af de foregående afsnit, at indførelse af takststyring ikke har været problemløst. I praksis har det vist sig at være vanskeligt og tidskrævende at indpasse takststyring i den løbende økonomistyring på sygehusene. Samtidig udsender administrationerne nu diverse aktivitetsopfølgingsmateriale regelmæssigt til sygehusafdelingerne. Man kan derfor forvente, at takststyringen har medført et vist administrativt merarbejde, såvel på sygehus som på forvaltningsniveau.

Som udgangspunkt kan administrationsomkostninger i sig selv næppe karakteriseres som en barriere for indførelse af takststyring, når blot de fornødne ressourcer er til stede. Afsnittet hører som følge heraf strengt taget ikke til på dette sted i rapporten. Imidlertid kan manglende administrative ressourcer, eller uvilje til at prioritere de nødvendige ressourcer, betragtes som en barriere for implementering af en given politisk beslutning, hvorfor det alligevel er valgt i dette afsnit at belyse administrationsomkostningerne i forbindelse med indførelse og administration af takststyringen.

Opgaverne i forbindelse med administration af takststyringsmodellerne,

samt støtten til afdelingsledelserne i øvrigt, indebærer en del ekstra tidsforbrug for administrationerne på sygehusene og i sundhedsforvaltningerne.

Udviklingen af informationssystemer og den regelmæssige (månedlige/ugentlige) opfølgning er tidskrævende. En sygehusdirektør beskriver, hvordan afdelingerne ugentligt får materiale ud der belyser deres indtjening. Materialet er sæsonkorrigeret, og der sammenlignes med foregående år. *"Så bliver pengene sat ind på en bankbog, og vi melder altså saldoen på bankbogen ud en gang om ugen. Alene den korrespondance til 27 afdelinger og hele det forarbejde er en rutine, der er kommet. Det er et større setup, der kører, men det kræver i hvert fald også en 2-3 personer."* (sygehusdirektør).

Udover løbende at forsyne afdelingerne med opfølgingsdata, fungerer administrationerne som kontaktpersoner overfor afdelingerne. Økonomer tager rundt på afdelingerne og snakker med afdelingsledelserne for at identificere problemer, og for at sætte ind over for fejl og mangler. Hertil kommer tidsforbruget i forbindelse med at beregne DRG-værdien af alle aktivitetsændringer.

Afhængigt af sygehusets størrelse er indtil flere fuldtidsansatte beskæftiget med denne opgave, og flere økonomichefer giver udtryk for at dette er alt for lidt. På længere sigt må det forventes, at ressourceforbruget hertil vil stige.

Også på forvaltningsniveau kan arbejdet med takststyring være tidskrævende. Det er besværligt, at alle problemstillinger skal konsekvensindarbejdes i takststyringsmodellerne. Arbejdsbelastningen afhænger dog af, hvilken takststyringsmodel man anvender. I et af amterne har man anvendt en takststyringsmodel, som har været særdeles ressourcekrævende: *"Når man ser på den andel, som denne aktivitet har udgjort af det samlede budget, så er det fuldkommen galt, at man har smidt så meget krudt efter så få procent af budgettet"* (planlægningschef). Det administrative merarbejde står med andre ord tilsyneladende ikke altid mål med takststyringens betydning i den samlede sygehusøkonomi.

Afdelingsledelserne anvender tilsyneladende ikke meget tid på takststyring. En enkelt af de interviewede har dog brugt en del tid på takststyringen, men synes ikke at det har været negativt, fordi det har betydet, at vedkommende er kommet tættere på tallene. Når afdelingsledelserne ikke bruger megen tid på takststyringen, kan det naturligvis skyldes, at det budgetopfølgingsmateriale, de modtager fra forvaltningerne, hurtigt giver dem et overblik over deres situation, og såfremt oversigterne viser, at der ikke er problemer med at nå deres aktivitetsmål, er der ikke behov for den store administrative indsats. Den manglende administrative indsats kan dog også skyldes, at afde-

lingsledelserne finder, at deres muligheder for at styre økonomi og aktivitet er begrænsede.

Flere af de interviewede klinikere klager dog generelt over, at de efterhånden bruger for meget tid på administration, i stedet for det der er deres egentlige opgave, nemlig at behandle patienter: *"hvor meget vi efterhånden skal bruge på administration, til at måle, sidde bag skriveborde og computere, frem for at være blandt patienter. Det her er jo endnu et skridt i den retning. Kontrol er bedre end tillid er der mange der mener, men kontrol kan også tage så meget tid, at du ikke har tid til det egentlige, og den tærskel har vi nået for lang tid siden"*.

5.2 Eksterne barrierer

En række udefrakommende forhold, som ikke hænger sammen med den måde takststyringen implementeres på, kan have betydning for, om de overordnede målsætninger nås. I dette afsnit gennemgås det således, hvorvidt beslutningstagerne på sygehusene rent faktisk har mulighed for at styre aktiviteten, samt om manglende mulighed for at tiltrække klinisk personale har betydet, at man ikke har kunnet gennemføre den planlagte aktivitet. Endelig analyseres det, om andre opgaver eller politiske dagsordner har overskygget betydningen af takststyringen, og hvorvidt der i det hele taget fortsat er opbakning til takststyring i sygehusvæsenet.

Har sygehusene mulighed for at styre aktiviteten?

Indførelsen af takststyring bygger på den antagelse, at de indbyggede incitamenter vil føre til en øget aktivitet i sygehusvæsenet, hvilket bl.a. forudsætter, at der er en efterspørgsel efter den øgede aktivitet. En extern barriere for opnåelse af målet om øget aktivitet vil således være manglende mulighed for at kontrollere aktiviteten, herunder mulighed for at øge den.

Flere afdelinger, især medicinske, mener ikke, at de har mulighed for at styre aktiviteten. Men bortset fra enkelte eksempler synes styringsproblemet ikke at bestå i at kunne øge aktiviteten, men snarere i at kunne begrænse den. Ønsket om at begrænse antallet af patienter kan fx opstå, hvis afdelingen har nået sit udbetalingsloft og derfor ønsker at begrænse udgifterne.

I løbet af interviewene nævnes to eksempler på, at manglende efterspørgsel har betydet, at et sygehus ikke nåede sit aktivitetsmål. Et eksempel er, at patienterne foretrak at blive behandlet på det nærliggende, mere specialiserede sygehus. Et andet eksempel er et røntgenambulatorium, hvor folk med henvisning kan komme direkte ind fra gaden – uden tidsbestilling. Ambulatoriet har imidlertid oplevet dage, hvor der næsten ikke kom folk. Takststyringsmæssigt er det uheldigt for den pågældende afdeling, der dermed ikke når sit aktivitetsmål. Den manglende aktivitet kan dog evt. skyldes,

at kapaciteten i det pågældende røntgenambulatorium er for stor i forhold til behovet. Problemet vil formentlig kunne løses ved at justere såvel aktivitetsforventninger som åbningstid.

For de øvrige interviewede er manglende efterspørgsel ikke et problem. De medicinske læger giver samstemmende udtryk for, at antallet af medicinske patienter stiger, så der er et øget pres på disse afdelinger. Men de har ikke mulighed for at styre aktiviteten, fordi næsten alle patienter indlægges akut. Kun omfanget af – de meget få – elektive patienter, der ses i ambulatoriet, kan styres.

En yderligere mulighed for at styre antallet af akutte indlæggelser kunne desuden være at oprette såkaldte akutte visitationsafsnit, hvor den visiterende læge ved indlæggelsen vurderer, om patienten har behov for indlæggelse eller kan ses ambulant på et senere tidspunkt. Ligesom antallet af akutte medicinske indlæggelser evt. kunne reduceres gennem øget samarbejde med praktiserende læger og kommunernes socialforvaltninger (15).

De kirurgiske læger derimod kan godt skrue op og ned for aktiviteten efter behov. En læge fra et speciale med meget få akutte patienter har en nøje planlagt produktion: *"Da kigger jeg på, at vi nu ligger på 337, og at vi nåede 321 forrige år – så jeg er bare inde at se på, hvor vi nogenlunde ligger, og hvis det lige pludselig skrider 10%, så har vi virkelig et problem både den ene og den anden vej. Jeg regulerer det med personaleressourcerne"*.

Muligheden for at begrænse aktiviteten i sygehusvæsenet er imidlertid næppe en overordnet politisk målsætning, så afdelingernes problemer med at begrænse patientstrømmen kan dermed næppe betragtes som en egentlig barriere i sig selv. Men i det omfang den manglende mulighed for at styre aktiviteten har økonomiske konsekvenser i form af budgetoverskridelser, vil den støde imod målsætningen om udgiftsstyring, og dermed indirekte være en barriere for realisering af denne målsætning.¹⁰

Hertil kommer, at afdelingernes bestræbelser for at begrænse aktiviteten, med henblik på at overholde budgetterne, kan være i modstrid med en anden politisk målsætning, nemlig målsætningen om minimale ventetider på sygehusbehandling. Flere klinikere nævner således, at de har forsøgt at begrænse aktiviteten, da de stødte ind i udbetalingsloftet, men at dette ikke var muligt, da det ville resultere i en overskridelse af amtets ventetidsmålsætning (jf. afsnit om udgiftsloftets betydning for aktivitetsniveauet, side 41).

Ovennævnte er konkrete eksempler på, at de overordnede målsætninger for sundhedsvæsenet ofte vil være konkurrerende, fx målsætningen om pati-

¹⁰ Ligesom manglende mulighed for at begrænse aktiviteten er en barriere for udgiftsstyring under ramkestyring.

entoplevet kvalitet versus målsætningen om kontrol med væksten i udgifter-
ne til sygehusvæsenet (jf. 1. delrapport (3) s. 18).

Vakancer og andre personaleforhold

En ekstern faktor, som kan forhindre gennemførelse af en planlagt aktivitet, er manglende muligheder for at tiltrække og fastholde klinisk personale. Ved første interviewrunde blev det således nævnt, at en mulig barriere kunne være personalemangel – herunder mangel på speciallæger, men det generelle indtryk var, at vakante stillinger ikke var noget stort problem.

Anden interviewrunde tyder på, at disse forventninger delvist har holdt stik. I enkelte af interviewene nævnes dog eksempler på, at manglende opfyldelse af aktivitetsmål skyldes vakancer. I det ene amt, der er såkaldt yder-
amt, nævnes rekrutteringsproblemer som en årsag til, at aktiviteten varierer; jo længere nordpå i amtet, desto større rekrutteringsproblemer.

I et andet amt nævnes, at en manglende aktivitetsopfyldelse hovedsageligt skyldes strukturændringer som har medført, at speciallæger er gået fra klinikken til administrative funktioner, og at det tager tid at lære de yngre læger op.

Kamp om ledelsesressourcer og nye dagsordner

En barriere for succesfuld implementering af en politisk beslutning kan være, at opmærksomheden bortledes af nye politiske beslutninger. Samtidig kan nye politiske beslutninger betyde, at de ledelsesmæssige og personale-
mæssige ressourcer omfordeles, så der bliver færre ressourcer til at følge op på tidligere beslutninger og initiativer.

Ved første interviewrunde blev det således nævnt, at takststyringen og debatten i forbindelse hermed havde fjernet opmærksomheden fra andre vigtige emner i sygehusvæsenet, fx kvalitetssikring og fastlæggelse af optimale patientforløb. Anden interviewrunde viser, at sådanne nye politiske dagsordner også i et vist omfang har påvirket effekten af takststyring. Siden takststyringen blev implementeret, er strukturreformen således blevet en realitet, hvilket indebærer at de nuværende sundhedsforvaltninger forsvinder og erstattes af regionale sundhedsforvaltninger. Dette har betydet, at megen opmærksomhed er fjernet fra takststyringen og i stedet blevet rettet mod organiseringen af de nye regioner. Ingen af de 4 amter har konkrete planer om at ændre deres takststyringsmodel, men forholder sig afventende med henblik på etableringen af de nye regioner.

Flere af de interviewede afdelingsrepræsentanter giver udtryk for, at andre udfordringer har overskygget takststyringen, og at takststyring derfor ikke har fyldt meget i hverdagen. En afdelingsleder udtaler således, at andre projekter lægger beslag på afdelingsledelsens ressourcer, projekter som måske

har endnu mere vidtrækkende konsekvenser end takststyringen. *"Bare det at man begynder at tale om store sparerunder eller en ny speciallægereform hvor man kan få en 20% forøgelse af antallet af reservelægestillinger, men hvor der er usikkerhed omkring finansieringen, altså hvor man kun kan få halvdelen af lønnen og selv skal finde den anden halvdel. Det er et langt større usikkerhedsmoment i budgetlægningen"*. Fordi så mange andre, vigtigere komponenter indgår i et budget, er opmærksomheden omkring takststyringen næsten forsvundet.

En anden afdelingsleder udtaler, at afdelingen i det forløbne år er blevet fusioneret med en anden afdeling, og at man har brugt meget energi på at få dette til at fungere, og derfor ikke har brugt særlig meget energi på takststyring.

Opbakning til takststyring

En forudsætning for succesfuld implementering af en politisk beslutning er, at de ansvarlige embedsmænd er engagerede og bakker op om målene for beslutningen.

Ved første interviewrunde, der blev gennemført umiddelbart efter takststyringens indførelse, var der generelt en positiv holdning til konceptet. Den positive holdning var størst blandt repræsentanterne fra afdelings- og sygehusniveau, der forventede at takststyring ville føre til mere retfærdige budgetter. På forvaltningsniveau var der derimod en mere skeptisk holdning, idet man pegede på risikoen for manglende udgiftsstyring, og på manglende mulighed for at kunne styre sygehusvæsenet alene ved økonomiske incitamenter.

Efter et år med takststyring udtrykker mange af de interviewede skuffelse over resultaterne af takststyringen. Især de interviewede repræsentanter fra afdelingerne er skuffede, bl.a. fordi deres forventning om mere retfærdige budgetter ikke er blevet opfyldt. Der er dog fortsat en generel positiv indstilling til ABF – som princip, men ikke den måde det har været praktiseret på.

Flere afdelingsledere – hovedsageligt fra medicinske afdelinger – har alle fået tilført ekstra penge som følge af takststyringsmodellen, men er på trods heraf kommet ud med betydelige budgetoverskridelser. Det fremgår, at de er skuffede over, at de udbetalte ekstra budgetkroner ikke har kunnet dække deres merforbrug, fordi der har været et udbetalingsloft.

For nogle af afdelingsledelserne skyldes skuffelsen, at afdelingen tilsyneladende ikke har fået den budgettilførsel som modellen tilsigter: *"Vi fik ikke den aflønning eller afregning for vores merproduktion i forhold til det skema der var stillet op – den måde man havde skitseret, vi skulle afregnes på. Så sker to ting. Det vi har tjent ekstra ind får vi ikke godskrevet, fordi der er proble-*

mer andre steder på sygehuset, og pengene bruger man til at dække huller med andet steds". Det viser sig imidlertid efterfølgende, at afdelingen har fået den budgettilførsel, den skulle have ifølge takststyringsmodellen. Uanset at den pågældende overlæge har misforstået, hvordan takststyringen har fungeret i praksis på sygehuset, virker denne opfattelse som en barriere for takststyringen. Samtidig er dette eksempel en bekræftelse på en af første delrapports resultater (3, s. 71), nemlig at takststyringsmodellerne, som jo er udtænkt af økonomer, kan være vanskelige at gennemskue for det kliniske personale.

Der gives udtryk for, at takststyring i princippet er et godt værktøj, men at det bruges forkert. På den ene side har man forståelse for, at der skal være et maksimum for det beløb der kan udbetales, men på den anden side har de involverede i højere grad forventet at blive belønnet for en ekstra indsats. På spørgsmålet om, hvad det bedste ved takststyringen har været, er svarene fx: *"de positive forventninger"* eller *"Det bedste var incitamentet. Vi troede i hvert fald, at der ville være et incitament til, at det kunne betale sig at yde en ekstra indsats"*.

Det skal dog også nævnes, at der er eksempler på afdelingsledelser, især inden for det kirurgiske område, hvis – positive – forventninger er gået i opfyldelse, og som ser muligheder i takststyringen. En overlæge fra en kirurgisk afdeling giver endda udtryk for, at vedkommende er blevet mere positiv over for takststyringen i det forløbne år.

På sygehusniveau er der generelt fortsat en positiv holdning til takststyringen. Takststyringen har betydet, at man har fået et værktøj til at forbedre dialogen med afdelingsledelserne – et fælles sprog.

Forvaltningsrepræsentanterne giver udtryk for, at takststyringen har været med til at skærpe dialogen omkring produktiviteten på sygehusene. Der udtrykkes dog fortsat skepsis ved, at nogen kunne tro, at man kan styre sygehusvæsenet alene ved hjælp af incitamenter: *"I afmålte doser og brugt i et dialogbaseret system mellem ledelserne, så kan det godt have nogle positive effekter"*.

En forvaltningsrepræsentant, der har oplevet, at flere af amtets sygehuse ikke har nået deres normale aktivitetsbudget, og dermed ikke har fået udbetalt deres normale budget, er dog blevet mere negativ overfor takststyring. Han advarer mod de alvorlige økonomiske konsekvenser, takststyringen kan have for sygehuse, der ikke lever op til målene: *"Bagsiden af medaljen – når folk ikke leverer varen"*. Den manglende aktivitetsopfyldelse kan resultere i betydelige budgetreduktioner, der ikke er dækning for, og som derfor medfører, at sygehuset må overføre et merforbrug til næste budgetår (jf. kap. 6.3 Overførsel af overskud/underskud).

5.3 Konklusion vedrørende barrierer for implementering af takststyring

Interne barrierer

Gennemgangen har vist, at en række faktorer knyttet til selve implementeringen af takststyringen i amterne kan virke hæmmende på opnåelse af målsætningerne med takststyringen.

Erfaringerne fra de 4 amter har således vist, at der kan opstå forskellige problemer, når takststyring anvendes i praksis. Problemerne knytter sig bl.a. til fastlæggelse af det normale aktivitetsbudget (baseline). Det er vigtigt, at det fastsatte normale aktivitetsbudget er korrekt og retfærdigt, da dette danner baggrund for udbetalinger/budgetreduktioner i henhold til takststyringsmodellen. Samtidig skal det ikke være lettere for nogen afdelinger end andre at nå aktivitetsmålene.

Ikke mindst hvis der er problemer med at nå aktivitetsbudgettet, opstår der diskussioner om, hvorvidt udgangspunktet for takstafregningen er korrekt. Problemerne forstærkes, hvis amtet har valgt en kompliceret takststyringsmodel, fx hvis takstafregningen er afgrænset til særlige patientgrupper, der registreringsmæssigt er vanskelige at afgrænse.

Afdelingsledelserne er generelt tilfredse med den opbakning, de får fra administrationen. Ikke desto mindre er der en række forhold, som bevirker at den reelle mulighed for at anvende det udsendte materiale til at styre aktiviteten efter er begrænsende.

For det første kender amterne først nogle måneder inde i året (som regel 1. april) deres baseline for udbetalingen af tilskud fra regeringens meraktivitetspulje, og da aktivitetspuljen spiller en væsentlig rolle for takststyringen i de fleste amter, kan de endelige rammer først meddeles sygehusene og afdelingerne tilsvarende sent på året. Dette medfører videre, at det først er muligt fra dette tidspunkt at gennemføre en valid aktivitetsopfølgning overfor sygehus og afdelinger. En så sen fastlæggelse af rammerne, samt en så sen start på aktivitetsopfølgningen, begrænser afdelingernes muligheder for at sikre, at såvel økonomi som aktivitet holdes inden for de afstukne rammer. Beslutninger om ændringer i aktivitet eller ressourceforbrug vil oftest først slå igennem efter flere måneder.

For det andet er aktivitetsregistreringerne på mange afdelinger forsinkede, således at man skal flere måneder tilbage i tiden for at få et troværdigt billede af aktiviteten. Også dette mindsker afdelingernes styringsmuligheder.¹¹

¹¹ Det skal i den forbindelse bemærkes, at netop forsinkelser i sygehusenes færdigregistreringer er medvirkende årsag til, at sundhedsstyrelsen først pr. 1. april kan udsende baseline for meraktivitetspuljen.

For det tredje efterlyser flere af de interviewede mere detaljerede opfølgninger på aktiviteten, således at man kan se, hvor eventuelle problemer befinder sig.

Det er afdelingsledelsernes ansvar at foretage aktivitetsregistrering, og det er bemærkelsesværdigt, at takststyringen, og dermed behovet for at kunne styre aktiviteten, tilsyneladende ikke på alle afdelinger medfører en indsats for en hurtigere færdigregistrering af patienterne. Denne manglende indsats kan skyldes, at de i realiteten ikke har mulighed for at styre aktiviteten, eller manglende engagement over for takststyringen. Til gengæld gøres der ved årets afslutning en stor indsats for at få færdigregistreret patienterne. Der er med andre ord en naturlig interesse i, at den endelige årlige afregning kommer til at omfatte så stor en del af aktiviteten som muligt, således at afdelingens endelige indtægt bliver så stor som muligt.

En positiv holdning til DRG-systemet i første interviewrunde er afløst af en større skepsis, hovedsagelig fra administrationernes side. Der gives udtryk for, at systemet ikke er parat til at blive anvendt i praktisk økonomistyring. Et af de problemer, der nævnes, er de årlige opdateringer af takster og grupper, der kan medføre store spring i produktionsværdien for enkeltafdelinger. Fra klinikernes side fremhæves det, at der fortsat er problemer med, at nogle DRG-grupper ikke er ressourcehomogene, og at taksterne for givne DRG-grupper ikke afspejler de reelle omkostninger. Der er med andre ord et skisma imellem på den ene side behovet for en løbende tilpasning af systemet til ændringer i klinisk praksis, og en fortsat forbedring så evt. indbyggede skævheder i taksterne fjernes, og på den anden side behovet for kontinuitet i taksterne og dermed kontinuitet i aktivitetsbudgetterne.

De tekniske udfordringer som følge af takststyringen, fx at alle beslutninger, der har konsekvenser for aktiviteten, skal indarbejdes i en takststyringsmodel, samt opgaverne i forbindelse med administrativ opbakning til afdelingsledelserne, har medført et merarbejde i administrationerne. De fleste amter har ansat yderligere administrativt personale i de senere år specielt til DRG-opgaver, og takststyringen er endnu et skridt i retningen af øget belastning med aktivitets- og økonomistyringsopgaver.

Derimod synes et flertal af afdelingsledelserne ikke at bruge meget tid på administration af takststyringen. Der gives godt nok udtryk for, at der generelt bruges for meget tid på administrative opgaver, men isoleret set synes takststyringen ikke at have betydet merarbejde for afdelingerne. Den manglende administrative indsats omkring afdelingsledelserne kan tolkes på flere måder. Der kan være tale om, at afdelingsledelserne finder, at mulighederne for at styre såvel økonomi som aktivitet er begrænsede, eller at det ikke er et problem at nå aktiviteten.

Samlet set efterlader analysen dog det indtryk, at takststyring har medført et betydeligt administrativt merarbejde; omkostninger som skal modregnes i de eventuelle produktivitetsgevinster, der ligeledes måtte være en følge af takststyringen.

Udefrakommende barrierer

Flere af de eksterne faktorer, der gennemgås i dette afsnit, synes at understøtte de overordnede målsætninger for takststyring. For det første vil manglende efterspørgsel efter sygehusydelse tilsyneladende kun i begrænset omfang udgøre en barriere for at opnå øget aktivitet. Tværtimod kan det være et problem at begrænse aktiviteten, ikke mindst i de medicinske afdelinger med stort akutindtag. De kirurgiske afdelinger har derimod større mulighed for at skrue op og ned for aktiviteten efter behov. For det andet er der kun i begrænset omfang barrierer i form af vakante stillinger. Kun ved enkelte interviews nævnes der eksempler på, at personalemangel er en begrænsende faktor for at kunne øge og gennemføre en planlagt aktivitet.

Til gengæld synes en række udefrakommende faktorer at kunne være en hindring for opnåelse af målene med takststyringen. Således synes takststyringen i nogen grad at være blevet overskygget af andre, nyopståede dagsordner i sygehusvæsenet. På forvaltningsniveau vil det naturligvis være strukturreformen, som har overtaget opmærksomheden. Af forhold som konkurrerer om afdelingsledelsernes opmærksomhed, kan fx nævnes speciallægereform eller nye sparerunder. Sådanne forhold kan have lige så stor, eller endda større, konsekvens for afdelingernes budget end takststyringen.

Et andet forhold, som kan begrænse takststyringens succes, er, at opbakningen til takststyring synes at være blevet mindre i det forløbne år. Især blandt klinikerne er der udbredt skuffelse over, at afdelingerne, især de medicinske, på trods af budgettilførsel som følge af takststyringsmodellen, er kommet ud af året med betydelige budgetoverskridelser. På forvaltningsniveau er der større tilfredshed. Dog udtrykkes der betænkelighed ved, at man i euforien over takststyringens fordele har glemt bagsiden af medaljen, nemlig konsekvenserne hvis sygehusene ikke når de opstillede aktivitetsmål. Dette kan resultere i betydelige budgetreduktioner, der ikke er dækning for i budgettet.

6. Incitamenter

Baggrunden for indførelse af takststyring er et ønske om, gennem de økonomiske incitamenter der er knyttet til denne finansieringsform, at øge aktiviteten og produktiviteten i sygehusvæsenet *"at få mere aktivitet for de prioriterede ressourcer"* (1). Samtidig forudsættes det, at amterne i deres takststyringsmodeller sikrer, at takststyringen ikke får utilsigtede konsekvenser i form af manglende kontrol med udgifterne, forringelser i kvaliteten eller øget ulighed i adgangen til sygehusbehandling (4).

Hvorvidt disse mål realiseres, afhænger imidlertid af, hvordan man konkret har udformet den aktivitetsbaserede afregning (jf. Kap 3.1). Nogle af de forhold, der påvirker konsekvenserne af ABF, er fx, hvordan taksterne forholder sig til sygehusenes produktionsomkostninger, om der er loft for de samlede udbetalinger, og om sygehusene og afdelingerne får mulighed for at beholde overskud og skal dække underskud. Konsekvenserne af ABF afhænger desuden af, i hvilket omfang beslutningstagerne i sygehusvæsenet handler ud fra et ønske om at maksimere overskud¹² (økonomiske målsætninger), eller om andre målsætninger, som fx mål om maksimering af kvalitet eller aktivitet (faglige målsætninger), er styrende for beslutningerne.

Første delrapport indeholder en analyse af incitamenterne i de 4 amters modeller, ud fra objektive kriterier som takstniveau og eksistensen af udgiftslofter, samt en gennemgang af regler om overførsel af underskud og overskud. Delrapporten indeholder derudover en analyse af, hvorledes interviewpersonerne på forhånd vurderede incitamenterne i takststyringsmodellerne.

I dette kapitel analyseres det, hvilke incitamenter takststyringsmodellerne i de 4 amter har haft i praksis, og hvordan de reelt har påvirket beslutningstagerens adfærd. Incitamenterne er belyst gennem betydningen af takstniveauet, herunder betydningen af udgiftsloftet, samt gennem praksis med hensyn til overførsel af underskud og overskud til efterfølgende budgetår. Kapitlet indeholder derudover en gennemgang af andre, ikke-tilsigtede konsekvenser af takststyringen.

6.1 Modellernes incitamenter i praksis

Hvilke konsekvenser har taksterne for aktivitetsniveauet?

Første delrapport konkluderede, at de modeller, der var blevet indført i de 4 amter, alle indebar et vist incitament til at øge aktiviteten, fordi beslutningstagerne på sygehusene mente, at taksterne var større end sygehusenes

¹² Om "overskud" i et offentligt sygehusvæsen, se kap. 3.

marginalomkostninger. Der var dog kun få af de interviewede der kendte deres faktiske omkostninger, så holdningen var alene baseret på en vurdering af omkostningerne.

Kendskabet til produktionsomkostningerne er tilsyneladende ikke blevet større i det år der er gået. Ved anden interviewrunde giver afdelingsledelserne med få undtagelser udtryk for et ringe kendskab til, hvorvidt taksterne dækker deres behandlingsomkostninger. Om taksten bør være 40%, 60% eller 70% af DRG-værdien, er svært at sige. Flere giver dog udtryk for, at de trods alt har en fornemmelse for, hvilke patienter der er dyre og hvilke der er billige.

Men takstens størrelse er tilsyneladende af mindre betydning. Det, der har betydning, er, om man får en honorering for meraktivitet i det hele taget. Desuden er det opfattelsen, at man skal behandle de patienter, der har behov for det, uanset hvad man får for det: *"Men når man nu er afdelingsleder, og patientens tarv skal varetages, så kan man prøve at gøre lidt ekstra. Så siger man OK, så får vi 10% for det, og så må det jo være godt nok."* (adm. overlæge).

Så for mange af afdelingsledelserne er det tilsyneladende princippet om sammenhæng mellem aktivitet og afregning, der er afgørende, og ikke så meget hvor stor afregningen er. Samtidig har ikke blot økonomiske, men også faglige hensyn¹³ betydning for, hvilke beslutninger der træffes.

Det kan imidlertid få budgetmæssige konsekvenser for afdelingerne, såfremt de opretholder et produktionsniveau, hvor de i princippet taber penge på hver ekstra patient de behandler. I et af amterne var man således i forvaltningen af den opfattelse, at et af amtets sygehuse netop havde fået økonomiske problemer, fordi sygehusets omkostninger ved et meraktivitetsprojekt var større end det provenu, som takstindtægterne gav sygehuset.

Hvad betyder produktionsloftet for aktivitetsniveauet?

Når aktiviteten når et nærmere fastlagt loft, bliver taksten 0, og aktivitet over dette niveau afregnes ikke. Det må derfor forventes, at incitamentet til at producere begrænses stærkt – eller forsvinder helt – når dette aktivitetsniveau nås.

Første delrapport konkluderede da også, at udbetalingslofterne måtte forventes at lægge en stærk begrænsning på, hvor stor meraktivitet der ville blive sat i gang, og at sygehuse ville udfolde store bestræbelser for at styre aktiviteten, så den netop ramte loftet.

¹³ Ved faglige hensyn/faglige målsætninger forstås i det følgende: målsætninger som maksimering af faglig kvalitet, maksimering af patientoplevet kvalitet, maksimering af aktivitet m.m. Ved økonomiske hensyn/målsætninger forstås en målsætning om maksimering af overskud.

Anden interviewrunde synes at bekræfte forventningerne om, at udgiftsloftet har begrænset iværksættelsen af nye aktivitetsprojekter. Incitamenterne begrænses, fordi de økonomiske råderum er for snævre og fylder for lidt i forhold til de samlede budgetter. En afdelingsleder udtaler at takststyring ikke har fyldt særligt meget i det forløbne år, fordi rammen er for lille, og mulige tab og gevinster er for små: *"Det, der måske har gjort, at det har haft mindre vægt, er for det første, at det er en meget lille ramme vi havde med at gøre, og det vil sige, at man ikke løber særlig stor risiko for ikke at kunne leve op til målene, men man har heller ikke mulighed for den store gevinst."* (adm. overlæge).

Bestræbelserne for at undgå at støde ind loftet, og dermed ikke få honoreret meraktivitet herudover, viser sig imidlertid at have varieret mellem amterne afhængigt af amtets økonomistyringsregler.

Særligt ét element i økonomistyringsreglerne synes at have betydning for, hvordan udgiftsloftet påvirker beslutningstagerne på sygehusene, nemlig hvordan Sundhedsstyrelsens regler for beregning af baseline administreres¹⁴ overfor sygehusene. Ifølge Sundhedsstyrelsen regler (16) hæves efterfølgende års baseline med 30% af den aktivitet, som amtet har præsteret udover beløbsrammen for meraktivitetspuljen. Det vil sige, at i det omfang amtet har produceret over loftet for udbetaling af tilskud, hæves baseline for det efterfølgende år med 30% af denne meraktivitet. Det er op til amterne selv at administrere denne forøgelse i baseline overfor sygehusene, herunder at fastsætte hvordan den skal indgå i sygehusenes aktivitetsbudgetter.

I et af amterne har man videreført Sundhedsstyrelsens regler direkte, således at sygehusets og afdelingernes aktivitetsbudget ligeledes hæves med 30% af en evt. overskridelse af forrige budgetårs udbetalingsloft. Dette har medført, at afdelingerne er meget bevidste om at undgå at overskride produktionsloftet. Da afdelingerne ikke ønsker at få deres aktivitetsbudget hævet i det efterfølgende år, udfoldes der store bestræbelser for ikke at overskride produktionsloftet: *"I november og december havde vi to uger, hvor vi med hiv og sving nærmest halverede vores produktion. Derfor endte det ikke med 13%, men med 10% over."* (adm. overlæge).

En anden afdeling i amtet havde ligeledes overskredet sit aktivitetsloft med 10%, men havde samtidig overskredet sit budget. De fleste af afdelingens patienter var akutte, og der var derfor kun ringe mulighed for at styre aktiviteten. Et forsøg på at styre via antallet af ambulante behandlinger lykkedes ikke, fordi dette indebar, at afdelingen overskred de maksimale ventetider,

¹⁴ Baseline er det aktivitetsniveau der danner udgangspunkt for udbetaling af beløb fra regeringens meraktivitetspulje. Kun i det omfang amterne har produceret over baseline vil de få udbetalt midler fra puljen. Baseline opgøres i DRG/DAGS-takster. Se omtale af regeringens meraktivitetspulje side 54.

hvilket blev påtalt af sygehusledelsen (jf. side 32 om konkurrerende målsætninger).

Overskridelsen af aktivitetsloftet har haft som konsekvens, at begge afdelingens baseline automatisk er blevet hævet i 2005.

Den ene af de to afdelinger har kunnet præstere meraktiviteten inden for budgettet, og har derfor ikke de store bekymringer for, om de næste år kan præstere mindst det samme. Den anden afdeling har derimod overskredet sit budget. Konsekvensen er, at denne afdeling det efterfølgende år skal producere endnu mere inden for sit normalbudget, samtidig med at normalbudgettet reduceres som følge af, at afdelingen fører et underskud med over fra 2004. *"Det er en ond spiral, det er langsom harikiri af en afdeling."* (adm. overlæge).

De øvrige amter har valgt en mere indirekte måde at håndtere baselinekorrektioner overfor sygehusene på. Der er således ikke nogen automatik i, hvordan baseline ændres. I disse amter ser afdelingerne tilsyneladende ikke de store problemer i at overskride loftet, så længe aktiviteten kan holdes inden for budgettet. Desuden er der jo hensynet til patienterne: *"Vi fortsatte... patienterne var der stadig... og det er jo ikke forbudt at producere mere, hvis man gør det inden for budgetrammen."* (adm. overlæge kirurgisk afdeling). Dermed er situationen identisk med situationen før indførelse af takststyringen, hvor man ikke fik penge for at producere mere. *"Det er ikke sådan en indarbejdet tankegang endnu, at man stopper med at producere fordi vi ikke får noget for det."* (økonomichef).

Sammenfattende indebærer produktionsloftet, og det snævre produktionsrum dette giver, at der ikke sættes de store aktivitetsudvidelsesprojekter i gang. Til gengæld indebærer produktionsloftet ikke, at al aktivitet stopper, når loftet nås, bl.a. fordi man ikke altid kan styre aktiviteten, og fordi de lægefaglige hensyn tilsiger, at man behandler de patienter der har behov for det, uanset om man honoreres for det eller ej. Hertil kommer, at en begrænsning af aktiviteten går ud over andre målsætninger, nemlig ventetidsmål.

6.2 Store incitamenter vedrørende frit-valgspatienter

Foregående afsnit viste, at takststyring ikke har medført iværksættelse af de store aktivitetsudvidelsesprojekter. Til gengæld synes initiativerne at være betydeligt større, når det drejer sig om frit-valgsområdet. Frit-valgsområdet omfatter både patienter, der vælger at blive behandlet i et andet amt end hjemamtet, og patienter der, i henhold til reglerne om udvidet frit-valg,¹⁵ vælger at blive behandlet på et privatsygehus.

¹⁵ LBK nr. 766 af 28.8.2003 (Sygehusloven).

Fritvalgsområdet er baseret på aktivitetsbaseret afregning, idet amterne afregner indbyrdes for deres borgeres brug af hinandens sygehuse, og der er således tale om et område, hvor amtet har mulighed for at påvirke sit økonomiske råderum, enten ved at tiltrække patienter fra andre amter, eller ved at holde amtets egne patienter hjemme. De økonomiske konsekvenser forstærkes af, at frit-valgspatienter som hovedregel afregnes til 100% af DRG-taksten.

De økonomiske incitamenter berører i første omgang sundhedsforvaltningerne, idet betalinger foregår mellem amterne indbyrdes eller mellem amterne og de private sygehuse. Og at der er store incitamenter knyttet til fritvalgsområdet fremgår af en forvaltningsrepræsentant, som oplyser, at forvaltningen har gjort sig overvejelser om at gøre en særlig indsats overfor mobile patienter, som jo er dem der i første omgang har ressourcer til at benytte det frie sygehusvalg: *"Det er folk med skavanker i den lidt lettere del, og som er ressourcestærke i alle mulige retninger, der kan rejse på tværs af landet og blive behandlet"*. Endnu er det dog blevet ved overvejelserne.

I det omfang udgifter og indtægter kanaliseres ud på sygehusene (17), berøres disse også. Ifølge aftalen mellem regeringen og amterne skal inden- og udenamtspatienter (1) dog stilles lige i amternes takststyringsmodeller. Dette indebærer bl.a., at der skal være samme takster for de to patientgrupper, ligesom et loft skal omfatte begge grupper. Ikke desto mindre kan de økonomiske muligheder alligevel i et vist omfang tænkes at spille ind på afdelingsledelsernes handlinger, fordi et øget økonomisk råderum for amtet i sidste ende vil komme sygehusene/afdelingerne til gode. En administrerende overlæge, som ikke får del i indtægterne, udtaler dog, at han ikke er meget for at behandle udenamtsborgere, fordi det ødelægger servicen for amtets egne borgere.

En udlægning af ansvaret for udgifterne til patienter, der vælger at blive behandlet uden for amtets egne sygehuse, medfører et incitament for afdelinger/sygehuse til at forsøge at reducere denne udgift. En afdelingsleder, der skal dække omkostningerne for de patienter inden for hans speciale der vælger at blive behandlet efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg, forsøger således at styre hvilke typer af patienter, der kommer til at vente mere end to måneder (og dermed får ret til at benytte sig af det udvidede frie sygehusvalg). I det omfang afdelingen ikke kan overholde behandlingsgarantien på to måneder, behandler han først og fremmest de patienter, som det koster mest at få lavet udenamts (eller på privatsygehuse) frem for de patienter som er billige at få lavet udenamts *"hvis du alligevel kun kan nå 2, kan du lige så godt vælge dem der er økonomisk attraktive for dig"* (adm. overlæge). Han mener ikke, at det går ud over patienternes lighed i adgang til behandling, da patienterne jo bliver behandlet, blot på et andet sygehus.

At frit sygehusvalg har medført konkurrence i store dele af sygehusvæsenet bekræftes af en anden dansk undersøgelse (17). Undersøgelsen viser, at især indførelsen af DRG-afregning af fritvalgspatienter, har givet sig udslag i kapacitetsudvidelser og forbedringer i servicen overfor praktiserende læger og patienter. Rapporten konkluderer dog også, at kapacitetsudvidelsen og den forbedrede service især kommer de patienter til gode, der har mulighed for at benytte det frie sygehusvalg, eller som bor i områder der er konkurrenceudsatte.

Der er således en fare for, at den aktivitetsbaserede finansiering knyttet til frit-valgsområdet kan medføre, at økonomiske hensyn og ikke behandlingsbehovet, bestemmer i hvilken rækkefølge patienterne behandles.

6.3 Overførsel af underskud/overskud

Takststyringens incitament er til at øge produktiviteten forstærkes i det omfang, en afdeling eller et sygehus får mulighed for at få et eventuelt overskud helt eller delvist overført til næste års budget, eller i det omfang en eventuel budgetoverskridelse skal dækkes ind det kommende budgetår.

Det fremgik af første delrapport, at der i tre af amterne var regler for – inden for en vis grænse – at overføre overskud/underskud til næste budgetår. Disse regler havde sygehusledelserne i et vist omfang videreført til afdelingsniveau, således at også afdelingerne overførte mer-/mindreforbrug. Nogle havde helt faste regler, mens det på andre sygehuse var afhængigt af sygehusets samlede situation.

Oftest kendes det økonomiske resultat først endeligt, når den endelige produktion kendes (er færdigregistreret). Det vil også være i forbindelse hermed, at der træffes beslutning om, hvorvidt et underskud eller overskud overføres til efterfølgende budgetår.

At regler for overførsel af overskud kan påvirke incitamenterne til at forbedre produktiviteten, fremgik af et interview med en administrerende overlæge, der i år vil få overført et overskud til efterfølgende budgetår. Det beløb, overlægen vil få overført, er det maksimalt mulige, men vedkommende har fået at vide, at det maksimale beløb vil blive reduceret til næste år. Dette indebærer, at overlægen vil satse mindre på at få overskud til næste år. Tidligere har afdelingen gjort store anstrengelser for at styre personaleforbruget, fx ved at afspadsere alt overarbejde og afskaffe al brug af vikarer. Men til næste år vil de nok bruge lidt flere personaleressourcer: *"så der ikke er nogen, der fx skal lave dobbeltarbejde, fordi der er en der har et barn sygt eller sidder fast i en snedrive"*.

Imidlertid viser interviewene, at det i praksis ofte har været med nogen

betænkkelighed, at man har overført et underskud. Ofte har man overført underskud i et mere begrænset omfang, end bevillingsregler og takststyringsmodel egentlig tilsagde. I et amt har et sygehus ikke nået sit aktivitetsbudget, hvorfor sygehusets budget efterfølgende år skal reduceres med et betragteligt beløb. Efter forvaltningsrepræsentantens opfattelse vil det ikke være muligt for sygehuset at indhente dette beløb. Sådanne situationer kan efter hans mening være *"brutale og vanskelige at håndtere"*, og han mener ikke, at man politisk vil lægge ryg til de fulde konsekvenser. I et andet amt, hvor et sygehus er inde i tilsvarende problemer, mener forvaltningsrepræsentanten, at man jo måtte finde en løsning for at undgå, at sygehuset går konkurs *"og det er svært at have med at gøre"*.

Efter en forvaltningsrepræsentants opfattelse er det begrænset, hvor stort økonomisk spillerum man kan indbygge i takststyringen *"hvis der var nogen der ramte 2% ved siden af deres aktivitet eller økonomi, så er vi ude i så store reelle konsekvenser, at det ikke kan accepteres politisk eller økonomisk"*. Han tvivler derfor på, at det vil være politisk holdbart, at indføre 50% takststyring, som der står i det nye regeringsgrundlag.

Udtalelserne om politisk modstand mod overførsel af store underskud skal ses på baggrund af, at overførslerne kan resultere i et budget, som kræver større indgreb for at kunne blive overholdt. Handlemulighederne kan enten være at gennemføre store besparelser, hvilket uundgåeligt indebærer fyringsrunder, eller en reduktion i aktiviteten. Et sidste alternativ vil være helt at lukke sygehuset. Alle muligheder vil sandsynligvis medføre modstand i lokalområdet og blandt de ansatte på sygehusene – en modstand som uvægerligt også vil påvirke lokalpolitikkerne.

På sygehusene er man ligeledes ofte betænkelige ved konsekvenserne af at overføre afdelingernes underskud eller overskud til efterfølgende budgetår. På et af sygehusene har man ved årets udgang lavet en oversigt over afdelingernes resultat, når man indarbejdede virkningerne af takstmodellen. *"Det hang ikke sammen. Det var egentligt ikke så meget de afdelinger, som skulle have midler... ...men der var nogle afdelinger, som havde op til en 4-5 mio. kr., som de skulle aflevere på grund af 70% problematikken. Det er urealistisk."*¹⁶ (økonomichef på sygehus). Så enden på det blev, at der blev overført underskud og overskud i "vurderet" omfang.

På et andet af sygehusene havde man, i forbindelse med indførelse af takststyring, indført faste regler vedrørende afdelingernes overførsel af underskud og overskud til efterfølgende budgetår. Begrundelsen var dengang, at man ville gøre afdelingerne til resultatcentre, der skulle kunne klare sig selv.

¹⁶ Takststyringsmodellen i amtet indebærer, at budgettet reduceres med 70% af DRG-værdien af aktivitet under normalbudgettet.

Imidlertid viste årsresultatet, at der var afdelinger, der kom ud med meget store underskud, og afdelinger der kom ud med meget store overskud. Sygehusledelsen har på den baggrund appelleret til afdelinger med overskud om frivilligt at hjælpe de afdelinger der har underskud. Men det er ikke sket uden betænkelighed, fordi det vil påvirke incitamenterne, samtidig med at man ikke ved, om årsagen til budgetoverskridelserne er for dårlig økonomistyring: *"Det er et dilemma – det tager motivationen, hvis vi kommer til at skære væk fra indtjeningen og lægger det over til dem, der ikke har så meget. Det er hele tiden diskussionen om, hvorvidt det er fordi de ikke kan styre, eller fordi de får mange akutte og tunge patienter"*.

Begrundelserne for at være tilbageholdende med at overføre især underskud til efterfølgende budgetår afspejler den usikkerhed, der er knyttet til budgetlægningen: er der en realistisk sammenhæng mellem udgifts- og aktivitetsbudgettet? Hvor mange ressourcer skal der til for at præstere den fastlagte aktivitet? Hvis budgettet overskrides, skyldes det så et forkert udgangspunkt, eller en for lav produktivitet? Hvis aktiviteten bliver lavere eller højere end budgettet, er den budgetkorrektur, der i henhold til takstmodellen foretages, så en afspejling af de faktiske økonomiske konsekvenser? Ikke mindst når man går ned på afdelingsniveau, kan sådanne usikkerheder have store konsekvenser.

Set fra afdelingernes synspunkt er overførsel af underskud da også ofte problematisk. Samtlige medicinske afdelinger, der indgik i projektet, havde budgetoverskridelser og fik i et eller andet omfang et underskud ført med over. Afdelingernes budgetproblemer var årligt tilbagevendende.

På spørgsmålet om hvad man gør i en situation med gentagene årlige budgetunderskud, der evt. videreføres til efterfølgende budgetår, svarer en ledende overlæge, at han prøver at være optimist og at lave lidt lobbyisme hist og her: *"fordi det slider på en psykisk ... man er ærekær og (vil) gerne have en afdeling, hvor det fungerer godt, og patienterne bliver behandlet godt, og personalet kan lide at være ... og økonomien skal overholdes."*

En overlæge fra en afdeling, der har haft budgetoverskridelse føler, at reglerne om overførsel af overskud og underskud er et udtryk for kassetænkning: *"Det gør, at dem der har tjent penge, de kan få lov til at nyde godt af det, og andre må selv hente det hjem, og det er en ond spiral"*.

Men uanset at der kan være mange gode grunde til, at man i praksis begrænser sygehus og afdelingers økonomiske ansvar gennem delvis tilgivelse af underskud og delvis inddragelse af overskud, er konsekvensen dog, at incitamentet til at øge produktiviteten reduceres.

Analysen synes at bekræfte, at muligheden for at få overført et evt. overskud

har virket som et incitament til at øge produktiviteten. Til gengæld viser analysen også, at beslutningstagerne i sundhedsforvaltningerne og i sygehusledelserne i praksis er noget betænkelige ved at overføre især underskud imellem budgetårene. Denne betænkelighed kan skyldes usikkerhed med hensyn til årsagen til overskridelsen, om den skyldes dårlig ledelse og dermed for lav produktivitet, eller om udgangspunktet, dvs. budgettet, har været retfærdigt. Samtidig rejses der spørgsmål ved, om man politisk vil acceptere den yderste konsekvens af, at sygehuse får overført meget store underskud.

6.4 Utilsigtede incitamenter

Det fremgik af flere af interviewene, at det udvidede økonomiske ansvar der pålægges afdelingsledelserne, bl.a. som følge af takststyringen, medfører en række utilsigtede incitamenter, som i sidste ende kan resultere i en forringelse af kvaliteten og produktiviteten.

En utilsigtet konsekvens af den større fokusering på økonomien kan således være kassetænkning, hvor fleksibilitet og samarbejdet på tværs af afdelinger vanskeliggøres af økonomiske hensyn. Man tænker først og fremmest på sin egen kasse, selv om det i sidste ende er u hensigtsmæssigt set ud fra sygehusets samlede økonomi (suboptimering). Der er ikke tale om en ny problemstilling, men tilsyneladende er problemet blevet forstærket under takststyringen.

Udover at kassetænkning kan være uøkonomisk, kan det besværliggøre dagligdagen samt resultere i dårligere patientforløb. Som eksempel nævnes akutte indlæggelser af patienter med apopleksi i en medicinsk afdeling. Praksis er, at patienten overføres til en specialafdeling (neurologisk afd.) den efterfølgende dag. Ifølge DRG-grupperingsreglerne vil DRG-værdien tilfalde den neurologiske afdeling, idet denne afdeling har den tungeste del af forløbet, mens den medicinske afdeling ikke godskrives for det døgn patienten har tilbragt der.¹⁷ Ifølge den administrerende overlæge på den medicinske afdeling vil det ideelle være at foretage en CT-scanning af patienten, inden han overføres. Men da det er den medicinske afdeling, der skal bekoste CT-scanningen, og da afdelingen ikke godskrives for patienten, overvejer de en gang imellem at undlade scanningen og overlade opgaven til den neurologiske afdeling.

Som et andet eksempel på kassetænkning, der indebærer forringede patientforløb, nævnes komplicerede patienter med forløb der omfatter flere afdelinger. Ofte mangler der én som har det store forkromede overblik og

¹⁷ Denne konsekvens kan imødegås ved at fordele DRG-værdien på de afdelinger, som et indlæggelsesforløb omfatter (hvis det omfatter flere afdelinger).

som påtager sig at koordinere patientforløbet. Denne opgave er ofte omkostningskrævende, og der er derfor tilsyneladende en tendens til, at ingen vil påtage sig den.

En tredje utilsigtet konsekvens af den strammere økonomiske styring kan være en forringelse af uddannelsen, en konsekvens der på længere sigt kan påvirke behandlingskvaliteten. En læge udtaler således, at man godt kunne forestille sig, at det økonomiske pres ville føre til, at man slækkede på undervisningen af yngre læger, fx under operationer. *"Man kunne da godt forestille sig, at hvis takststyringen og økonomien kørte skævt, at man den sidste halvdel af året sender reservelægerne ud i ambulatoriet, for nu skal speciallægerne altså få høvlet noget af"*. Også oplæring af sygeplejersker er ressourcekrævende, så det er fristende at forsøge kun at ansætte specialsygeplejersker, der er uddannede i andre afdelinger, frem for at uddanne dem selv.

Flere af de nævnte eksempler på suboptimering er en direkte følge af takststyringen, mens andre mere er en følge af det generelle øgede økonomiske pres på afdelingerne.

6.5 Konklusion vedrørende incitamenter

Afdelingslederne har kun i begrænset omfang kendskab til deres faktiske behandlingsomkostninger, og har dermed ikke mulighed for at vurdere, om taksterne dækker deres behandlingsomkostninger. Men taksternes størrelse er tilsyneladende af mindre betydning, da det snarere er selve princippet om, at der er en eller anden form for honorering af meraktiviteten, der indebærer et incitament til at øge aktiviteten. Hertil kommer, at den faglige mål-sætning tilsiger, at man behandler patienter, uanset hvad man får for det.

Mod forventning betyder et udbetalingsloft ikke den store begrænsning i aktivitetsniveauet. Nok har det begrænsede råderum, der er en følge af udgiftslofterne og deres placering, medført, at afdelingerne ikke har iværksat egentlige meraktivitetsprojekter (bortset fra aftalte positivliste-projekter m.m.), men afdelingerne er ikke holdt op med at behandle patienter, når og hvis de støder ind i loftet. Når man på trods af at være stødt ind i loftet alligevel behandler patienter, skyldes det dels, at især de medicinske afdelinger har begrænsede muligheder for at styre aktiviteten, dels hensynet til patienterne. Endelig skyldes det, at en begrænsning af aktiviteten kan medføre problemer med at opfylde amtets ventetidsmålsætninger.

Incitamenterne til at forsøge at begrænse aktiviteten ved overskridelse af loftet forøges dog væsentligt, hvis aktivitet ud over udbetalingsloftet automatisk medfører, at aktivitetsbudgettet opskrives efterfølgende år, dvs. at der skal produceres mere for samme budget. Begrundelsen for at begrænse

aktiviteten her er således ikke den manglende honorering, men snarere konsekvenserne for næste års budget.

Mens de økonomiske målsætninger tilsyneladende har begrænset indflydelse på aktiviteten hvad angår takststyringen, synes de økonomiske målsætninger at have større betydning, når det drejer sig om frit-valgsområdet, der afregnes til 100% af DRG-taksten. Der foregår således i visse tilfælde en opprioritering af patienter, der er dyre at få behandlet udenamts på bekostning af patienter, der er billige at få behandlet udenamts, ligesom der tilsyneladende er overvejelser om at opprioritere de ressourcestærke patienter, som er dem der benytter retten til frit sygehusvalg. I begge situationer er det økonomiske hensyn og ikke patienternes behandlingsbehov, der afgør prioriteringen af, i hvilken rækkefølge patienterne bliver behandlet.

Analysen bekræfter, at såvel økonomiske målsætninger (overskudsmaksimering) som faglige målsætninger (fx maksimering af behandlingskvalitet) er styrende for beslutningstagernes adfærd. Mens de faglige målsætninger synes at veje tungest for beslutningerne, når de økonomiske incitamenter er små – som ved takststyringen, synes de økonomiske målsætninger at have større vægt, når de økonomiske incitamenter er større, f.eks. på fritvalgsområdet. Med andre ord synes den indbyrdes vægtning mellem de faglige og økonomiske målsætninger at afhænge af størrelsen af de økonomiske incitamenter.

Incitamentet til at øge produktiviteten afhænger bl.a. af, om sygehuse og afdelinger har mulighed for at overføre overskud/underskud til næste budgetår. De fleste amter har da også regler om overførsel af sygehusenes overskud/underskud til efterfølgende budgetår. Tilsvarende har de fleste sygehuse regler for, at afdelingernes overskud/underskud indenfor visse grænser overføres til efterfølgende år. Undersøgelsen viser imidlertid, at det er med nogen betænkelighed, at man følger disse regler, især når det drejer sig om at overføre et underskud. Betænkelighederne går både på forvaltningsniveau, når sygehuse skal have overført et stort underskud, og på sygehusniveau når afdelingerne skal have overført underskud. Man har således på flere sygehuse valgt at reducere det underskud, afdelingerne får overført.

En årsag til at man er tilbageholdende med at overføre underskud til efterfølgende budgetår, er den usikkerhed, der er knyttet til budgetlægningen. En anden årsag er, at der næppe vil være politisk opbakning til, at et sygehus eller en afdeling får et urealistisk lavt budget, som i realiteten betyder at kapaciteten må justeres. Amtenes sygehusplanlægning har indtil videre været baseret på politiske beslutninger, og ikke på om sygehusene er økonomisk rentable.

På trods af at man på sygehusene i praksis er tilbageholdende med at over-

føre underskud såvel som overskud til efterfølgende budgetår, giver det øgede budgetansvar tilsyneladende alligevel anledning til en række ikke tilsigtede konsekvenser. En af de konsekvenser der nævnes, er øget kassetænkning, hvor afdelinger først og fremmest ser på egen økonomi frem for sygehusets samlede økonomi. Denne kassetænkning giver sig udtryk i, at samarbejde på tværs af afdelinger besværliggøres, og at der mangler koordination af patientforløbene. Kassetænkningen har som konsekvens, at produktiviteten nok forbedres for den enkelte afdeling, men at den forringes for sygehuset som helhed, og samtidig har den som konsekvens, at behandlingskvaliteten forringes.

7. Konsekvenser af takststyringen

Som det er fremgået af analysemodellen, bygger projektet på den antagelse, at indførelse af takststyring skal understøtte følgende overordnede målsætninger for sundhedsvæsenet (jf. kap 3.3):

- Forøget aktivitet
- Udgiftskontrol
- Forbedret produktivitet
- Uændret behandlingskvalitet
- Fortsat lighed i adgangen til sygehusbehandling.

Dette kapitel indeholder et forsøg på at belyse, i hvilket omfang disse overordnede 5 målsætninger er blevet realiseret. Kapitlet indeholder samtidig et forsøg på at tolke resultaterne af takststyringen, som en konsekvens af de barrierer og incitamenter, der er blevet afdækket i de foregående kapitler.

Analysen af resultaterne af takststyringen er baseret på såvel kvantitative som kvalitative data. Analysen af konsekvenserne for *aktivitet* og *udgiftsstyring* er således baseret på tilgængelige regnskabsopgørelser i de 4 amter. For at udbrede analysen til at omfatte hele landet er data fra de 4 amter suppleret med andre tilgængelige statistiske opgørelser. Analyserne af konsekvenserne for hhv. *produktivitet*, *kvalitet* og *lighed* er derimod baseret på de interviewedes opfattelser af og meninger om takststyringens konsekvenser på de pågældende områder. Som anført i metodediskussionen (kap 4.2) kan interviewmetoden indebære en fare for, at udtalelserne vil være præget af holdninger snarere end faktisk adfærd. Omvendt giver den kvalitative tilgang en mulighed for at "gå bag om tallene" og afdække eventuelle årsager til en given udvikling.

Data vedrørende aktivitet og udgiftsstyring er opgjort amtsvis og muliggør derfor en vis sammenligning af 4 amter. Analyserne af holdningerne til konsekvenserne for produktivitet, kvalitet og lighed er derimod ikke relateret til de interviewedes amtslige tilknytning. Som det fremgik af metodeafsnittet tilstræber analysedesignet ikke en egentlig sammenligning af resultaterne i de 4 amter, ligesom det ikke er muligt at forklare forskelle i resultaterne med forskelle i implementeringsproces eller incitamenter indeholdt i de respektive amters takststyringsmodeller. Analysen forsøger alene at uddrage nogle generelle erfaringer om konsekvenserne af takststyring, herunder konsekvenserne set i lyset af barrierer for takststyringen og incitamenter knyttet til takststyring.

7.1 Er aktiviteten blevet forøget?

Første delrapport konkluderede, at indførelse af takststyring måtte forventes at ville føre til en øget aktivitet, men at omfanget af meraktiviteten ville blive begrænset af, at de fleste amter havde fastlagt et loft for den maksimale udbetaling.

Dette afsnit undersøger, om 1. delrapports forventninger til aktiviteten er blevet realiseret. Analysen er baseret på eksisterende notater vedrørende endelig takstafregning for 2004 modtaget fra de 4 amter. Med henblik på at få en bredere analyse af takststyringens konsekvenser for aktivitetsniveauet suppleres data fra de 4 amter med en opgørelse af produktionsværdien for samtlige amter og H:S i 2004 udarbejdet af amtsrådsforeningen, samt resultater fra en evalueringsrapport om takststyringen på sygehusområdet udarbejdet af et udvalg med repræsentanter fra H:S, Amtsrådsforeningen, Sundhedsstyrelsen, Finansministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (18).

Aktiviteten i de 4 amter

Dette afsnit analyserer, hvilken betydning takststyringen har haft for aktivitetsniveauet i de amter, sygehuse og afdelinger, der indgår i projektet. Analysen er baseret på eksisterende skriftligt materiale om den endelige takstafregning i de 4 amter. Da opgørelsesmetode og detaljeringsgrad varierer imellem amterne, bl.a. fordi de takststyringsmodeller der anvendes er forskellige, har det ikke været muligt at præsentere sammenlignelige talmæssige opgørelser fx af præsteret aktivitet sammenlignet med aktivitetsbudgettet. I stedet er det valgt at vise, i hvilket omfang sygehuse og afdelingerne har nået det normale aktivitetsbudget og evt. udgiftsloftet. Da takstafregningen skal ses på baggrund af den anvendte takststyringsmodel henvises til bilag 2, der indeholder en beskrivelse af de takststyringsmodeller, der anvendes i de 4 amter og sygehuse.

Ved meraktivitet forstås her aktivitet over det normale aktivitetsbudget, idet det normale aktivitetsbudget er defineret (side 22) som det aktivitetsbudget, sygehuset/afdelingen ville have haft under normal kontrakt/rammestyring.

Tabel 7.1 viser, at bortset fra ét sygehus, har alle sygehuse i de 4 amter haft en aktivitet, der oversteg det normale aktivitetsbudget, og dermed præsteret en meraktivitet. Lidt færre sygehuse har nået loftet. Det ene af de sygehuse, som ikke nåede loftet, fik alligevel udbetalt det fulde beløb op til loftet, mod til gengæld at få opskrevet baseline de efterfølgende to budgetår. Dette har man valgt at gøre, fordi sygehuset på forhånd har disponeret over det fulde beløb.

På afdelingsniveau ser resultatet lidt mere blandet ud, og den meraktivitet, som sygehuse samlet har præsteret, viser sig på to af sygehuse at

Tabel 7.1: Aktivitetsniveau set i forhold til takststyringsmodel – normale aktivitetsbudget (normalbudget) og loft – for de amter, sygehuse og afdelinger, der indgår i projektet.

Amt	Sygehuse i amtet	Afdelinger/funktioner på det sygehus, der indgår i projektet
Århus	I alt 4 sygehuse, heraf: - 1 sygehus der ikke har nået loft. - 3 sygehuse der har nået loft	Sygehuset har samlet nået loft, heraf: - 6 afdelinger der ikke har nået normalbudget - 5 afdelinger der har overskredet normalbudget - 12 afdelinger der har nået loft
Nordjylland	I alt 5 sygehuse/funktioner, heraf: - 1 sygehus der ikke har nået normalbudget - 3 sygehuse der har nået normalbudget - 1 sygehus der har nået loft Alle positiv-listeprojekter, bortset fra ét blev realiseret	Sygehuset har samlet nået loft, heraf: - 4 afdelinger, der ikke nåede normalbudget - 9 afdelinger, der overskred normalbudget
Roskilde	Ét sygehus, der har nået loft	Samtlige afdelinger på sygehuset, har nået loft. Dog fik 2 afdelinger reduceret loftet i løbet af året.
Frederiksborg	Ét sygehus, der har nået loft	Samtlige funktioner på sygehuset, bortset fra én, har nået loft

Kilde: Eksisterende notater modtaget fra de 4 amter.

dække over store variationer, hvor nogle afdelinger har haft mindreaktivitet og andre haft meraktivitet. Disse resultater på afdelingsniveau skal bl.a. ses på baggrund af, at analysen af barrierer for implementering af takststyringen viste, at der ofte er diskussioner i forbindelse med fastlæggelse af det normale aktivitetsbudget. Flere af de interviewede repræsentanter fra administrationerne erkender, at der kan være usikkerhed knyttet til fastlæggelse af afdelingernes aktivitetsbudgetter, og at budgetafvigelse kan være begrundet i fejlagtige aktivitetsbudgetter (jf. side 24). Usikkerheden kan fx skyldes, at der er taget udgangspunkt i et år med atypisk aktivitet, eller at man ikke har korrigeret aktiviteten korrekt i forbindelse med strukturomlægninger. Manglende opfyldelse af aktivitetsbudgettet skyldes således ikke nødvendigvis et for lavt aktivitetsniveau, men i nogle tilfælde et for højt budget. Mens sådanne usikkerheder udlignes, når der er tale om store enheder, som fx sygehuse, er afdelingsbudgetter mere sårbare.

Årsagerne til manglende opfyldelse af aktivitetsbudgettet, kan dog også være lokale barrierer i form af vakante stillinger, eller manglende patientgrundlag. På trods af en generel øget efterspørgsel efter sygehusydelse, findes der således eksempler på sygehuse, som ikke har nået aktivitetsbudgettet, fx fordi patienterne søger til andre sygehuse. I en rapport af Kristian Juhl Nielsen (19) nævnes et eksempel på en børneafdeling, der ikke har nået aktivitetsniveauet på grund af en udeblevet influenzaepidemi.

Aktiviteten på landsniveau

Med henblik på nærmere at kvantificere sygehusproduktionen i de 4 amter, samt at vise et mere bredt billede af aktivitetsniveauet i takststyringens første år, vises i nedenstående tabel 7.2 alle amters og H:S's udbetalinger fra regeringens aktivitetspulje i 2004. Aktivitetspuljen har eksisteret siden 2002, og har til formål at finansiere meraktivitet inden for sygehusvæsenet (16). Størrelsen af den samlede pulje fastlægges årligt og fordeles herefter på amterne. Tilskuddet ydes til amter, der har en dokumenteret meraktivitet, dvs. hvor værdien af det samlede sygehusforbrug overstiger et nærmere beregnet forbrugsniveau (baseline). Sygehusforbruget omfatter amtets borgers forbrug på egne og fremmede sygehuse samt i øvrigt visse ydelser i speciallægepraksis. Tilskuddet beregnes som 70% af værdien af merforbruget opgjort til DRG- og DAGS-takster.

Hvert enkelt amt får således årligt fastlagt et maksimumsbeløb for udbetalingerne (puljeloft) samt en baseline. I beregningen af den årlige baseline indgår bl.a. korrektion som følge af forudsat produktivitetsforbedring (1,5%) og ufinansieret meraktivitet (produktion over forrige års puljeloft).

Tabel 7.2 viser hvert enkelt amts aktivitet over baseline (70% af DRG-værdien). Derudover viser tabellen omfanget af de enkelte amters produktion over puljeloftet, både i absolutte værdier og som procent af puljeloftet. Endelig viser tabellen, hvordan den samlede produktion over puljeloftet er fordelt på amter.

Tabel 7.2. Præsteret meraktivitet (70% af DRG-værdien), puljestørrelse og udbetaling fra regeringens aktivitetspulje. 2004. Fordelt på amter.

Alle beløb i 1000 kr.	70 pct. værdi af aktivitet o. baseline jan-dec	Udbetalinger jan-dec	Puljestørrelse	Puljere rest	Produktion over puljeloft	Andel af samlet produktion over puljeloft	Produktion over puljeloft (pct.)
H:S	109.615	109.615	120.709	11.094	0	0%	0%
Københavns Amt	255.586	133.149	133.149	0	122.437	15%	48%
Frederiksborg Amt	143.339	78.474	78.474	0	64.865	8%	45%
Roskilde Amt	137.005	48.198	48.198	0	88.807	11%	65%
Vestsjællands Amt	148.242	64.556	64.556	0	83.686	10%	56%
Storstrøms Amt	88.017	60.055	60.055	0	27.962	3%	32%
Bornholms Amt	26.730	10.114	10.114	0	16.616	2%	62%
Fyns Amt	172.254	102.402	102.402	0	69.852	9%	41%
Sønderjyllands Amt	72.744	54.635	54.635	0	18.109	2%	25%
Ribe Amt	94.543	57.994	57.994	0	36.549	5%	39%
Vejle Amt	183.864	74.078	74.078	0	109.786	14%	60%
Ringkøbing Amt	96.292	56.966	56.966	0	39.326	5%	41%
Århus Amt	198.751	132.501	132.501	0	66.250	8%	33%
Viborg Amt	80.681	65.060	65.060	0	15.621	2%	19%
Nordjyllands Amt	157.716	109.543	109.543	0	48.173	6%	31%
Hele landet	1.965.380	1.157.340	1.168.434	11.094	808.040	100%	41%

Note: Meraktivitet er borgernes forbrug af sygehusedydelser over det fastlagte forbrugsniveau (baseline). Andel af samlet produktion over puljeloft angiver det enkelte amts %-vise andel af den samlede produktion over puljeloft på landsplan. Produktion over puljeloft angiver andelen af det enkelte amts produktion, der lå over dets produktionsloft.

Kilde: Amtsrådsforeningen.

Det ses af tabel 7.2, at amterne set under ét har haft et sygehusforbrug, der oversteg regeringens aktivitetspulje. Aktivitetspuljen udgjorde 1,2 mia. kr., og aktiviteten derudover udgjorde 0,8 mia. kr. svarende til 41% af puljen. Det ses desuden, at alle amter, bortset fra H:S, overskred puljeloftet. Når puljeloftet overskrides i alle amter, på trods af at denne meraktivitet ikke honoreres, kan det, som det fremgår af kap. 5.2, skyldes, at mange afdelinger (især de medicinske) ikke har mulighed for at styre aktiviteten, samt hensynet til patienternes behov – altså at aktiviteten ikke alene bestemmes af økonomiske, men også faglige hensyn.

Det bør desuden nævnes, at afregningen som nævnt vedrører amtets borgers forbrug af sygehusydelse, hvorfor puljeoverskridelserne ikke blot kan skyldes meraktivitet på amtets sygehuse, men også øget forbrug på fremmede sygehuse.

De 4 amter, der indgår i analysen, har alle overskredet puljeloftet. Den største overskridelse har fundet sted i Roskilde Amt, som har overskredet med 65%, eller dobbelt så meget som Århus og Nordjyllands amter, der har overskredet med godt 30%. Frederiksborg Amt ligger imellem med en overskridelse på 45%. Som tidligere anført, er det ikke hensigten at forsøge at forklare forskelle i konsekvenserne af takststyringen med baggrund i forskelle i de 4 amters takstmodeller eller forskelle i implementeringsprocessen. Det er således ikke muligt at afgøre, om det høje aktivitetsniveau i Roskilde Amt skyldes særligt store incitamenter i amtets takststyringsmodel, en særlig vellykket implementering eller blot øget efterspørgsel efter sygehusydelse i Roskilde Amt. Dog er incitamenterne til meraktivitet i Roskilde Amt, som i de øvrige 3 amter, begrænset af et loft for de maksimale udbetalinger, så modellens incitamenter er næppe væsentligt højere end i de øvrige amter.

Er aktiviteten steget efter indførelse af takststyring?

Analysen i det foregående afsnit viste, at der i takststyringens første år på landsplan såvel som i de 4 amter har været præsteret en meraktivitet, idet meraktivitet er defineret som aktivitet (forbrug) udover det normale aktivitetsniveau (baseline). Spørgsmålet er imidlertid, om aktiviteten er steget i forhold til foregående år, eller om der i tidligere år har været præsteret en tilsvarende meraktivitet.

I en evalueringsrapport udarbejdet af en arbejdsgruppe nedsat af H:S, Amsrådsforeningen, Sundhedsstyrelsen, Finansministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet i fællesskab (18), er foretaget en analyse af udviklingen i aktiviteten i sygehusvæsenet på landsplan i perioden 2000-2004. Omstående tabel 7.3 sammenfatter analysen af aktivitetsudviklingen i sygehusvæsenet i perioden 2000-2004.

Tabel 7.3. Udviklingen i produktionsværdi, antal behandlede borgere og antal operationer på offentlige sygehuse. 2000-2004. Index 2000=100.

År	2000	2001	2002	2003	2004
Produktionsværdi	100	104	111	114	118
Antal behandlede borgere	100	103	106	106	108
Antal operationer	100	101	113	116	116

Kilde: (18).

Tabel 7.3 viser, at der gennem hele perioden er sket en stigning i sygehusvæsenets aktivitet. Det ses, at stigningen var størst fra 2001 til 2002, hvor regeringens meraktivitetspulje blev indført. Aktiviteten opgjort som DRG-produktion steg med 7,6% fra 2001 til 2002,¹⁸ hvorefter den i de efterfølgende 2 år steg med hhv. 2,8% og 3,5%. I rapporten har man forsøgt at tage højde for ændringer i produktionsværdien over tid, som kan skyldes ændringer i DRG-systemet (ændret grupperingslogik, nye koder), men ikke ændret registreringspraksis (18, appendix 2). En del af stigningen i produktionsværdien kan således skyldes ændret diagnoseregistrering (creep – se kap 5.1).

Måler man i stedet aktiviteten som antal behandlede borgere, ses der en stigning fra 2001 til 2002 på 3,4%. Fra 2002 til 2003 sker der et fald i antallet af borgere, mens der fra 2003 til 2004 igen sker en mindre stigning. Antallet af operationer stiger ligeledes fra 2001 til 2002 samt igen fra 2002 til 2003.

Samlet set er der således en tendens til, at aktiviteten målt på to af de tre parametre stiger lidt mere fra 2003 til 2004 – i takststyrings første år – end i det foregående år. På den baggrund konkluderes det i evalueringsrapporten (18), at takststyringen har bidraget til øget aktivitet. Til denne konklusion skal dog bemærkes, at der er tale om små ændringer, og at der kan være tale om tilfældige udsving. Hertil kommer, at opgørelsen af væksten i produktionsværdien kan være overvurderet, da der ikke er korrigeret for creep.¹⁹

Endelig skal det bemærkes, at aktivitetsudviklingen fra 2000 til 2001 – altså før der endnu var økonomiske incitamentter til meraktivitet i form regeringens ventelistepulje eller takststyring – målt på alle tre parametre viser en stigning, der var større end årene efter regeringens ventelistepulje.

¹⁸ En ekstern reviewer har henledt opmærksomheden på, at en yderligere mulig forklaring på aktivitetsstigningen fra 2001 til 2002 kan være indførelsen af de udvidede frie sygehusvalg 1. juli 2002, idet der var meget stor fokus på at få ventetiderne ned, inden det udvidede frie sygehusvalg trådte i kraft.

¹⁹ Aktivitetsudviklingen skal desuden ses på baggrund af ændringer i ressourcetillførslen til sygehusvæsenet, herunder ændringer i størrelsen af regeringens meraktivitetspulje.

Samlet set viser analysen, at der i den betragtede periode har været en vækst i sygehusaktiviteten af varierende, men dog nogenlunde konstant størrelsesorden, bortset fra det første år med meraktivitetspulje, hvor aktivitetsstigning var væsentlig større. Væksten i aktiviteten fra 2003 til 2004 adskiller sig derimod ikke fra de øvrige år.

Der synes derfor ikke at være belæg for at konkludere, at takststyringen isoleret set har betydet en forøgelse af aktiviteten i sygehusvæsenet.

Diskussion af sammenhængen mellem barrierer, incitament og aktivitetsudvikling

Forventningen, om at indførelse af ABF vil medføre en forøgelse af aktiviteten i sygehusvæsenet, bygger på en antagelse om, at beslutningstagerne på sygehusene vil handle økonomisk rationelt dvs. handle ud fra en målsætning om overskudsmaksimering. Ifølge økonomisk teori vil målet om overskudsmaksimering nås ved at øge aktiviteten, dog kun så længe taksterne overstiger marginalomkostninger. Aktivitetsstigningen på 3,5% i takststyringens første år kunne tyde på, at beslutningstagerne har vurderet, at de takster, der er knyttet til amtets takststyringsmodeller, er højere end deres marginalomkostninger.

Økonomisk rationel beslutningstagen forudsætter, at flere betingelser er opfyldt. Det forudsættes således, at beslutningstagerne kender deres marginale omkostninger,²⁰ og at de har mulighed for at styre aktiviteten, herunder at de har de fornødne administrative støttesystemer. Det forudsættes desuden, at beslutningstagerne på sygehusene handler ud fra en målsætning om overskudsmaksimering²¹ og andre ikke faglige målsætninger som fx maksimering af behandlingskvalitet.

Analysen har vist, at en række af ovennævnte betingelser ikke er opfyldt. Således kender afdelingerne kun i begrænset omfang deres marginalomkostninger og kan derfor ikke lægge sig fast på det optimale aktivitetsniveau, hvor taksterne netop svarer til deres individuelle marginalomkostninger. Hertil kommer, at afdelingerne reelt ikke er i stand til at styre aktiviteten, men langt hen ad vejen har været nødsaget til at behandle de patienter, der henvises, dels fordi patienterne har akut behov for behandling, dels fordi de skal overholde amternes servicemål om maksimale ventetider. En anden grund til at afdelingerne ikke er i stand til at styre aktiviteten er, at de ikke har de nødvendige støttesystemer til at planlægge aktiviteten, i det omfang en planlægning er mulig. Det viser sig, at de opfølgingsværktøjer, der stilles til rådighed, ikke er tidstro, og at afdelingerne først med flere måneders forsinkelse kan forsøge at påvirke aktivitetsniveauet.

²⁰ Omkostningerne ved øgning af produktionen med en enhed.

²¹ Jf. diskussion om "overskud" i et offentligt sundhedsvæsen, kap. 3.1.

En sidste grund til, at sygehusene øger aktiviteten – uden præcist at vide om de taber eller vinder penge på det – er, at de tilsyneladende langt hen ad vejen er ligeglade med, om taksterne dækker marginalomkostningerne. Princippet om, at ekstra aktivitet honoreres, er tilsyneladende et tilstrækkeligt incitament. Så forudsætningen om, at sygehusene alene styres ud fra økonomiske målsætninger, holder altså heller ikke. Andre målsætninger, nemlig mål om maksimering af kvalitet og service overfor borgeren, er tilsyneladende ligeså vigtige.

Det må således konkluderes, at aktivitetsstigningen i 2004 ikke (alene) kan tilskrives økonomisk rationalitet, men snarere "faglig" rationalitet samt en generel øget efterspørgsel efter sygehusydelse, kombineret med mangelfulde opfølgningssystemer. Denne konklusion understøttes af, at der også fra 2000 til 2001, altså før indførelsen af regeringens meraktivitetspulje og dermed aktivitetsbaseret finansiering i sygehusvæsenet, var en vækst i sygehusenes aktivitet af samme størrelsesorden som i det første år med takststyring.

Meraktiviteten i 2004 er blevet realiseret på trods af faldende opbakning til takststyringen blandt mange klinikere. Ikke mindst de medicinske afdelinger udtrykker skuffelse over, hvordan takststyring har fungeret i praksis. Hertil kommer, at takststyringen i nogen grad er blevet overskygget af andre beslutninger, hvorved opmærksomheden er blevet bortledt. Disse forhold kan betyde, at takststyringens effekt vil blive reduceret i de kommende år.

Sammenfatning vedr. konsekvenser for aktiviteten

Samlet set viser analysen, at der i takststyringens første år har været en betydelig meraktivitet i det offentlige sygehusvæsenet når der sammenlignes med regeringens baseline. Analysen viser desuden, at aktiviteten langt har overskredet regeringens puljeloft. Aktivitetsstigningen afviger dog ikke væsentligt fra den aktivitetsstigning, der har fundet sted i tidligere år – herunder i perioden inden indførelsen af regeringens meraktivitetspulje.

Det er dog ikke alle afdelinger og sygehuse, der har formået at øge aktiviteten, men dette opvejes af, at andre afdelinger og sygehuse har haft en stor aktivitetsfremgang.

Samlet set er den forudsagte aktivitetsøgning således blevet realiseret, men det er usikkert, i hvilket omfang dette skyldes indførelse af takststyringen. Udgiftsloftet har tilsyneladende ikke betydet den forventede begrænsning i aktiviteten, idet amterne samlet set har produceret 41% over puljeloftet.

7.2 Er det gået ud over udgiftskontrollen?

Indførelse af aktivitetsbaseret finansiering indebærer, at rammestyringens

budgetsikkerhed afløses af budgetusikkerhed både for udbydere af sundhedsydelse, nemlig sygehuse og afdelinger, og for den part, der har ansvaret for finansieringen – i Danmark amterne. Imidlertid konkluderes det i første delrapport, at rammestyringens budgetsikkerhed på amtsniveau ville blive bevaret under takststyringen, på grund af den udbredte anvendelse af udbetalingslofter. Hvad angår sygehusniveau var det også forventningen, at budgetsikkerheden ville blive bevaret, idet de interviewede var rimelig fortrøstningsfulde med hensyn til at nå aktivitetsbudgettet og dermed få udbetalt den normale bevilling.

I dette kapitel undersøges budgetsikkerheden i form af budgetoverholdelse og dermed udgiftskontrol²² i takststyringens første år for de amter, sygehuse og afdelinger, der indgår i projektet. Derudover diskuteres sammenhængen mellem graden af udgiftskontrol og de barrierer for opnåelse af takststyringens målsætninger, som den øvrige del af projektet har afdækket.

Analysen af budgetoverholdelsen er baseret på eksisterende regnskabsnotater modtaget fra de 4 amter. På grund af forskelle i detaljeringsgrad og opgørelsesmetode i det materiale der er modtaget, vil budgetsikkerheden ikke blive belyst gennem budget- og regnskabstal, men alene gennem angivelse af om sygehusene i amtet har haft et mer-/mindre forbrug. Regnskabsnotaternes oplysninger er suppleret med de interviewedes udtalelser om baggrunden for eventuelle budgetoverskridelser.

Tabel 7.4 Oversigt over budgetoverholdelse for egne sygehuse i de 4 amter. 2004.

Amt	Budgetoverholdelse for sygehusene i amtet
Århus amt	I alt 4 sygehuse, heraf: - 3 sygehuse merforbrug - 1 sygehus mindreforbrug - <i>Samlet: merforbrug</i>
Nordjyllands amt	I alt 5 sygehuse/funktioner, heraf: - 4 sygehuse/funktioner merforbrug - 1 sygehus/funktion mindreforbrug - <i>Samlet: merforbrug</i>
Roskilde amt	I alt 1 sygehus - <i>Samlet mindreforbrug</i>
Frederiksborg amt	I alt 1 sygehus - <i>Samlet merforbrug</i>

Kilde: Regnskabsmateriale udarbejdet i de 4 amter.

Tabel 7.4 viser, at kun et af amterne har haft budgetoverholdelse for kontoområdet "egne sygehuse" i det første år efter indførelse af takststyring. Det ses desuden, at kun 3 af de 11 sygehuse har overholdt budgettet.

²² I rapporten anvendes begreberne budgetkontrol, udgiftsstyring og udgiftskontrol synonymt.

Evalueringsrapporten udarbejdet af den tværministerielle arbejdsgruppe (18) analyserer også amternes overholdelse af sygehusbudgetterne. Rapporten indeholder ikke tal for 2004, men det fremgår af en analyse omfattende årene 2000-2003 (18, s.78), at amterne set under ét havde årlige budgetoverskridelser på mellem 235 mio. kr. og 650 mio. kr. i den pågældende periode. Også de 4 amter, der indgår i analysen, har haft budgetoverskridelser af varierende omfang i de pågældende år.

Da evalueringsrapporten ikke indeholder oplysninger for 2004, er det ikke muligt at vurdere, om budgetoverskridelserne i 2004 har været større eller mindre end de foregående år. Under alle omstændigheder viser evalueringsrapporten (18), at budgetoverskridelser ikke er et nyt fænomen, samtidig med at det anføres, at en mulig forklaring på forskelle i amternes budgetoverskridelser kan være forskelle i den anvendte budgetlægningspraksis.

Budgetoverholdelse på afdelingsniveau

På afdelingsniveau ses en blanding af afdelinger, der har merforbrug og afdelinger, der har mindreforbrug. På et af sygehusene har ca. halvdelen af afdelingerne haft budgetoverskridelser. På et andet sygehus har samtlige kliniske afdelinger, bortset fra én afdeling, overskredet budgettet.

Blandt de 8 afdelinger, der indgår i projektet, har kun 2 overholdt budgettet, mens 6 afdelinger har haft budgetoverskridelser. 2 af de afdelinger, der har overskredet budgettet, er kirurgiske, mens de resterende er medicinske. Samtlige 4 medicinske afdelinger, der indgår i projektet, har budgetoverskridelser. Der er imidlertid ikke tale om en ukendt situation, idet alle 4 afdelinger oplyser, at de igennem flere år har haft budgetoverskridelser.

Som begrundelse for de gentagne overskridelser nævnes flere forhold. Flere peger på, at overskridelsen skyldes omkostninger som følge af, at afdelingen har produceret udover loftet, altså haft en merproduktion, som ikke er honoreret i budgettet. Andre peger på strukturelle forhold (generelt misforhold mellem budget og aktivitet). Det nævnes fx, at afdelingerne ikke har mulighed for at realisere den produktivetsforbedring på 2%, der årligt indarbejdes i budgettet, bl.a. fordi de patienter, der indlægges i medicinsk afdeling, bliver stadig ældre og dermed mere ressourcekrævende, og fordi de stigende udgifter til medicin (især kræftmedicin) ikke kompenseres budgetmæssigt.

Fra administrationernes side fremføres det dog, at indførelse af takststyring, og den dermed øgede opmærksomhed på aktiviteten, kan indebære en risiko for, at opmærksomheden overfor udgiftssiden mindskes *"vi har måttet tage nogle dialoger og pointeret, at økonomien stadig skal holdes, uanset om vi har takststyring eller ej"* (planlægningschef). En anden forvaltningsrepræsentant mener også, at afdelingernes fokus først og fremmest er på ind-

tjeningen og i mindre omfang på omkostningerne *"Jeg tror først og fremmest at de kigger på hvor meget de tjener mere end de kigger på hvor meget de bruger"*. Med andre ord kan sygehusenes og afdelingernes manglende budgetoverholdelse også skyldes det øgede fokus på aktiviteten, og en forventning om at takststyringens budgetreguleringer vil løse eventuelle budgetoverskridelser.

Diskussion af barrierer for opnåelse af målet om udgiftskontrol i forbindelse med takststyring

En forudsætning for at sygehuse og afdelinger kan overholde udgiftsbudgetterne er, at der er et realistisk forhold mellem aktivitetsbudgettet og udgiftsbudgettet. Som det fremgik af kapitel 7.1 om de aktivitetsmæssige konsekvenser af takststyring, er der ofte usikkerhed forbundet med fastlæggelse af sygehusenes og afdelingernes aktivitetsbudgetter. Og selvom der er enighed om størrelsen af aktivitetsbudgettet, kan der fortsat være uenighed om, hvorvidt det tilhørende udgiftsbudget er realistisk. Samtlige medicinske afdelinger i projektet har budgetoverskridelser i 2004 og har i øvrigt haft det igennem flere år. Spørgsmålet her er, om disse overskridelser er et udtryk for et generelt misforhold mellem udgifts- og aktivitetsbudget, fx fordi en stadig stigende aktivitet inden for det medicinske område ikke er blevet tilstrækkeligt godskrevet i udgiftsbudgettet, eller om overskridelsen er et udtryk for lav produktivitet i de medicinske afdelinger.

Diskussion om forholdet mellem aktivitets- og udgiftsbudgettet er ikke ny, men har imidlertid fået større betydning efter indførelse af takststyring, idet afvigelser i forhold til aktivitetsbudgettet automatisk vil have økonomiske konsekvenser for sygehuset/afdelingen. Jf. fx afsnit 5.1 om interne barrierer hvor det fremgik, at fejlagtige aktivitetsbudgetter kunne være forklaringen på manglende overholdelse af aktivitetsbudgetterne og dermed budgetreduktioner.

Udover at udgangspunktet er en vigtig præmis for budgetoverholdelse, er også de budgetmæssige ændringer i forbindelse med aktivitetsafvigelser vigtig for muligheden for budgetoverholdelse, dvs. takststyringsmodellens takster ved hhv. mer-/mindreaktivitet. Budgettilførsler ved meraktivitet skal således ideelt set svare til sygehusets/afdelingens meromkostninger, mens budgetreduktioner ved mindreaktivitet ideelt set skal svare til eventuelle besparelser. Såfremt dette ikke er tilfældet vil afvigelser fra aktivitetsbudgettet få betydning for sygehusets/afdelingens mulighed for at overholde budgettet. Ikke mindst på afdelingsniveau, hvor det økonomiske råderum er begrænset, og hvor andelen af udgifterne, der på kort sigt varierer med aktiviteten, ligeledes er begrænset, er man sårbar overfor budgetændringer.

Muligheden for at overholde budgettet er i vidt omfang knyttet sammen med muligheden for at kunne styre aktiviteten. De barrierer, der i forrige afsnit blev

gennemgået for aktivitetsstyring, er derfor også gældende for udgiftsstyringen og dermed muligheden for at overholde budgettet. Det er således en forudsætning, at afdelingerne har styringsredskaber der muliggør, at de tidsnok kan sætte foranstaltninger i gang, der kan reducere en evt. truende budgetoverskridelse – enten på grund af merforbrug eller på grund af mindreaktivitet. Men som det fremgik af kap 5.1, foreligger data om produktionen ofte først med flere måneders forsinkelse.

Ligeledes forudsætter budgetsikkerhed, at afdelingerne har mulighed for at styre aktiviteten, og som det fremgik af diskussionen i forrige afsnit, er dette ofte vanskeligt – ikke mindst for de medicinske afdelinger. I det omfang aktiviteten kan styres, støder afdelingerne til gengæld ind i problemer med overholdelse af servicemål, altså en barriere i form af 2 konkurrerende målsætninger, nemlig målet om overholdelse af ventetider versus overholdelse af målet om budgetoverholdelse.

Sammenfatning vedrørende udgiftsstyring

For de 3 af de 4 amter, der indgår i analysen, har det første år med takststyring været præget af budgetoverskridelser. Budgetoverskridelser i sygehusvæsenet er dog ikke et nyt fænomen, og det er spørgsmålet, om budgetoverskridelserne er blevet forværret som følge af indførelse af takststyring.

Med enkelte undtagelser har de sygehuse og afdelinger, der indgår i analysen, også haft betydelige budgetoverskridelser. Også på dette niveau er overskridelser af budgettet et velkendt fænomen, ikke mindst blandt de medicinske afdelinger.

Den øgede opmærksomhed på aktiviteten, som følge af takststyringen, kan dog være opnået på bekostning af opmærksomheden overfor økonomien, og dermed være en medvirkende forklaring på den manglende budgetoverholdelse. Samtidig indebærer flere forhold, at indførelse af takststyring indebærer en forringelse af sygehusenes og afdelingernes budgetsikkerhed. Budgetoverholdelse er således sårbar over for usikkerhed i forbindelse med fastlæggelse af aktivitetsbudgettet samt budgetreguleringer i forbindelse med mer-/mindreaktivitet. Ligesom budgetoverholdelsen vanskeliggøres af manglende mulighed for at styre aktiviteten – herunder mangelfulde administrative styringsredskaber.

7.3 Er produktiviteten blevet forbedret?

Dette afsnit undersøger takststyringens konsekvenser for produktiviteten. Analysen er baseret på de interviewedes vurderinger. Produktivitet defineres som forholdet mellem produceret mængde og det dertil medgåede resourceforbrug (se fx (21)). Produktivitet er altså et kvantitativt mål, og som

diskuteret i metodeafsnittet (kap. 4), er en kvalitativ indfaldsvinkel til måling af en parameter som produktivitet ikke fyldestgørende. Det er da heller ikke hensigten med dette kapitel at foretage en egentlig måling af konsekvenserne for produktiviteten. I stedet er det hensigten at give et fingerpeg om mulige konsekvenser for produktiviteten af indførelse af takststyring, samt – ikke mindst – at afdække nogle mulige årsager til en evt. forbedring alternativt manglende forbedring af produktiviteten.

Ifølge den økonomiske teori (jf. kap. 3.1) er konsekvenserne for sygehusernes produktivitet af en ændring fra rammestyring til aktivitetsbaseret finansiering usikker, forudsat at sygehuse under begge finansieringsformer får lov til at disponere over resultatet af en evt. besparelse (22). I det omfang sygehuse og afdelinger sammen med takststyringen er blevet pålagt et øget økonomisk ansvar, må det forventes, at produktiviteten vil blive forøget. Hertil kommer, at den øgede budgetusikkerhed, der følger med takststyringen, kunne antages at medføre større økonomisk forsigtighed og dermed øget produktivitet.

Evalueringsrapporten udarbejdet af den tværministerielle arbejdsgruppe (18) undersøger udviklingen i produktiviteten på landsplan i perioden 2000-2003, altså i den periode hvor regeringens meraktivitetspulje er blevet indført. Opgørelsen viser en produktivitetsstigning i alle årene, dog med faldende tendens 2002-2003. I rapporten konkluderes dog, at usikkerheden knyttet til opgørelserne er af et sådant omfang, at det ikke med sikkerhed kan fastlægges, at produktiviteten er faldet efter indførelse af den statslige aktivitetspulje. Rapporten indeholder ikke en opgørelse af produktivitsudviklingen for 2003 – 2004, og belyser således ikke udviklingen i det første år med takststyring.

Konsekvenserne for produktiviteten er undersøgt ved at spørge interviewpersonerne, om de er blevet mere omkostningsbevidste efter indførelsen af takststyring. Som indikator for en eventuel produktivitsforbedring blev interviewpersonerne desuden spurgt, om de havde gennemført beregninger af egne omkostninger for patientgrupper med henblik på bl.a. at kunne sammenligne egne omkostninger med DRG-taksterne.

Der er blandt alle interviewede klinikere bred enighed om, at der generelt er en stor omkostningsbevidsthed i sygehusvæsenet, men om denne omkostningsbevidsthed er et resultat af takststyringen, er derimod mere tvivlsomt. Der har i de sidste mange år været fokus på økonomien, og der er løbende blevet gennemført omlægninger af patientforløb, herunder udstrakt omlægning fra stationær til ambulant behandling, samt omlægning til accelererede patientforløb. Nogle er af den opfattelse, at dette fokus er blevet øget efter indførelse af takststyring, mens andre ikke mener, at situationen er ændret væsentligt.

Som eksempel på et initiativ, der er et resultat af øget fokus på økonomien på afdelingsniveau, nævner en leder af en kirurgisk afdeling, at han er blevet mere bevidst om, hvordan operationsstuer og ambulatorier kan udnyttes mest fornuftigt. Afdelingen har tidligere arbejdet med halve ambulatoriedage, hvor ambulatoriet lukkede om eftermiddagen, hvis medarbejderne fx skulle til undervisning. I stedet koncentrerer man nu ambulatoriefunktionen på færre, men til gengæld hele dage for at udnytte den tilknyttede sygeplejerske bedre. Samtidig er man begyndt at se på, om man kan udnytte operationsstue og sygeplejekapacitet bedre *"sådan at den DRG der kommer på den stue bliver bedst mulig... ... Hvis du alligevel har 2 sygeplejersker til rådighed, kan det ikke betale sig at sætte dem til at fjerne mandler og polyper, fordi du så ikke udnytter den ene sygeplejerske optimalt"*.

De interviewede administrationsfolk på sygehus- og forvaltningsniveau tilslutter sig opfattelsen af, at der er en høj omkostningsbevidsthed blandt afdelingsledelserne. Men hvorvidt dette kan tilskrives takststyringen, er der ikke enighed om. Flere er af den opfattelse, at der også før takststyringen blev indført, var en stor omkostningsbevidsthed, mens andre er af den opfattelse, at takststyringen måske har bevirket, at man er blevet endnu mere opmærksom på omkostningerne. En sygehusdirektør udtrykker således stor tillid til, at de økonomiske incitamenter nok skal få afdelingsledelserne til at tilrettelægge patientforløbene mest hensigtsmæssigt *"Hver afdeling søger at optimere driften mest muligt, for de kan jo se, det er en god ide at tjene penge"*.

Ingen af de interviewede afdelingsrepræsentanter har i det forløbne år gennemført omkostningsberegninger for patientgrupper. Men flere giver udtryk for et ønske om i fremtiden at skabe et bedre kendskab til omkostningsstrukturen. En overlæge (som har produceret over loftet og som har overskud) giver udtryk for, at vedkommende ikke har gjort noget for at kende sine omkostninger bedre, da der endnu ikke har været behov for det.

Derimod er der eksempler på, at sygehusledelser og forvaltninger har gennemført initiativer med henblik på at øge den økonomiske gennemsigtighed. Et eksempel på et sådant initiativ er produktivitetssammenligninger af afdelinger, og et andet eksempel er benchmarking af omkostninger for specifikke patientkategorier ved hjælp af sundhedsstyrelsens omkostningsdatabase. Endelig er et amt ved at gennemføre ABC-analyser²³ for en række af amtets funktioner.

Flere af de interviewede kommer ind på, at takststyringen vil kunne fremme en arbejdsdeling mellem sygehusene, således at produktionen i højere grad

²³ Activity Based Costing, en metode til beregning af omkostninger for sygehusets/afdelingens output. Omkostningsberegningen sker ved at beregne og opsummere omkostningerne for de aktiviteter, der indgår ved produktionen af de pågældende output.

vil finde sted der, hvor produktionsomkostningerne matcher prisen – dvs. at sygehusene og afdelingerne i højere grad vil skulle se på, om det er rentabelt for dem at gennemføre en given type behandling. En sygehusdirektør har rejst en diskussion med afdelingsledelserne om, hvorvidt man skal opprioritere den produktion, som sygehuset er god til og fjerne den produktion, som sygehuset er dårlig til.

Tilsvarende mener en ledende overlæge, at man bør overveje, om afdelingen skal tilbyde behandlinger, den udfører meget sjældent, hvis det i virkeligheden er billigere at betale et andet sygehus for at få lavet operationen der. Den overvejelse kan man også gøre sig, hvis spørgsmålet er, om afdelingen skal starte en helt ny type behandling op – herunder investere i nyt apparatur, hvis behandlingen kun vil blive gennemført et begrænset antal gange om året.

Flere udtrykker forventning om, at diskussionen om bedre kapacitetsudnyttelse vil blive taget op i forbindelse med planlægningen af sygehusstrukturen i de nye regioner.

Diskussion af sammenhængen mellem produktivitet, barrierer og incitament

Den tilsyneladende manglende intensivering af afdelingernes indsats for at forbedre produktiviteten, skal bl.a. ses på baggrund af den incitamentsstruktur der i praksis har været knyttet til taksstyringen.

En forudsætning for at takststyringen vil medføre en forbedring i produktiviteten er således, at sygehusenes og afdelingernes økonomiske ansvar øges i takt med indførelse af takststyring. I praksis har det imidlertid vist sig, at man har været betænkelig ved at overføre underskud til efterfølgende budgetår. Uanset at der kan være mange gode grunde til, at man ikke overfører underskud/overskud (jf. diskussionen i afsnit 6.3), er resultatet dog, at incitamentet til at øge produktiviteten formindskes.

Omvendt kan et forstærket økonomisk ansvar også have negative konsekvenser for produktiviteten, nemlig når det medfører kassetænkning. Kassetænkning opstår, når afdelingen sparer på egne udgifter med det resultat, at udgifterne stiger på sygehusniveau (suboptimering).

Sammenfattende om konsekvenser for produktiviteten

Der er generelt fokus på omkostningerne og produktiviteten i sygehusvæsenet, men det er spørgsmålet, om takststyringen har øget dette fokus. Der nævnes dog eksempler på, at takststyringen har ført til, at man udnytter kapaciteten bedre for at øge DRG-produktionen inden for de eksisterende rammer. Forvaltninger og sygehusledelser synes desuden at gøre en indsats for at få en større gennemsigtighed i omkostningsstrukturen.

Takststyring og dermed prissætningen af sygehusets ydelser indebærer desuden en mulighed for, at sygehuset eller afdelingen kan få overblik over, om de opretholder en produktion som er urentabel, fx fordi aktiviteten er for lav i forhold til omkostningerne (eksempler er højt beredskab og andre høje kapacitetsomkostninger). En sådan indsigt kan på sigt føre til ændret arbejdsdeling mellem sygehusene og dermed medvirke til at øge produktiviteten i sygehusvæsenet generelt.

Incitamentet til at øge produktiviteten begrænses imidlertid af, at sygehuse- ne i praksis er tilbageholdende med at overføre overskud/underskud til efterfølgende budgetår. Omvendt kan et for stort økonomisk pres på afdelingerne dog også føre til utilsigtede konsekvenser i form af kassetænkning, der i sidste ende har en negativ konsekvens for sygehusvæsenets produktivitet.

7.4 Er kvaliteten blevet forringet?

De økonomiske incitamenter knyttet til takststyring, og ikke mindst det øgede økonomiske ansvar der pålægges sygehus- og afdelingsledelser, kan indebære et incitament til at reducere behandlingsomkostningerne, fx ved at undlade behandlinger og undersøgelser. Dette kan få negative konsekvenser for behandlingskvaliteten.

I dette afsnit undersøges det, om takststyringen har haft konsekvenser for den faglige behandlingskvalitet. Undersøgelsen er baseret på udtalelser fra de interviewede, og som nævnt i metodiskussionen indebærer denne metode en fare for, at resultatet i højere grad afspejler moralske holdninger end reelle konsekvenser. En mere objektiv måling ville kunne gennemføres ved hjælp af data om forekomst af behandlingskomplikationer, genindlæggelser m.v. Til gengæld giver metoden mulighed for at afdække nogle mulige begrundelser for, at takststyring kunne få – eller ikke få – negative konsekvenser for behandlingskvaliteten.

De interviewede blev direkte spurgt, om takststyring efter deres opfattelse havde haft konsekvenser for kvaliteten. Som indikatorer for konsekvenserne for den faglige kvalitet indeholdt interviewene desuden spørgsmål om, hvorvidt takststyringen havde medført, at liggetiden var blevet forkortet, og om takststyring havde betydet, at man undlod visse undersøgelser og behandlinger.

På spørgsmålet om hvorvidt indlæggelsestiden er blevet påvirket af takststyringen, er der en entydig tilbagemelding om, at det næppe er tilfældet. Indlæggelsestiden er blevet stadig kortere i de sidste mange år, og denne proces fortsætter uændret, uanset om der er takststyring eller ej.

Vedrørende konsekvenser for behandlingsforløbet har takststyring sandsynligvis indebåret, at nogle undersøgelser og behandlinger er blevet undladt.

Dette er dog ikke et udtryk for en forringet kvalitet, men snarere at man i højere grad end tidligere overvejer, om en undersøgelse er nødvendig for den enkelte eller ej. Det er derfor ikke nødvendigvis negativt, men kan også være positivt. En ledende overlæge mener således, at når man bliver omkostningsbevidst, går man også mere ned i detaljen og undersøger, hvad der er nødvendigt for hver enkelt patient: *"Det kan godt være at der er nogle undersøgelser, som vil ryge ud. Jeg tror ikke at man vil gå på kompromis med kvaliteten, men jeg tror, at man vil være mere nøjeregnende med indikationerne og mere skarp til at afgøre, når ting ikke er nødvendige"*. Den pågældende overlæge mener desuden, at mange rutiner gennemføres rutinemæssigt indtil nogen stiller spørgsmålstejn ved effekten: *"... fordi de har været et eller andet sted, eller interesseret sig for det forskningsmæssigt"*.

Produktivitetsforbedringer gennem reduktion i undersøgelses- og behandlingsindsatsen overfor den enkelte patient benævnes som "skimping" (23). Sådanne reaktioner på ABF kan have negative konsekvenser for kvaliteten, men har det tilsyneladende ikke ifølge den interviewede overlæge.

En læge erkender dog, at han bemærker det, når en behandling bliver meget dyr, fx hvis en medicinsk behandling af en patient bliver meget dyr: *"hvis jeg nu ved, at vi de sidste 2 måneder af året giver medicin til en person, som medfører at jeg må undvære en halv social- og sundhedsassistent det kommende år"*. Men han tilføjer dog, at patienten får medicinen, hvis det er relevant.

Man kan også forestille sig, at de økonomiske incitament er indebærer, at man er mere afventende med at indføre nye medicinske behandlinger, som endnu ikke er tilstrækkeligt dokumenteret. En kliniker udtrykker det således *"... jeg synes, at der er alt for mange medicinske behandlinger der bliver indført på et meget spinkelt grundlag og promoveret af medicinalindustrien i tæt samarbejde med nogle af de læger, de arbejder godt sammen med. Vi skal altså ikke bare hoppe på vognen med det samme"* (adm. overlæge).

Til det generelle spørgsmål om, hvorvidt indførelse af takststyring har haft konsekvenser for behandlingskvaliteten, svarer de fleste nej *"At behandle patienterne ordentligt ligger på et helt andet etisk plan"* (adm. overlæge). Svaret kan enten være et udtryk for, at de faglige mål vægter mere end de økonomiske mål eller et udtryk for, hvad der er det moralsk korrekte svar på et sådant spørgsmål.

En læge kommer dog ind på, at man kunne forestille sig, at den organisatoriske kvalitet vil blive påvirket af takststyringen, fx i form af dårligere tilrettelagte patientforløb på tværs af afdelinger, som følge af at hver enkelt afdeling optimerer sine egne arbejdsgange, men glemmer at optimere forløbet set fra patientens synspunkt. Denne problemstilling genfindes i afsnittet om

utilsigtede konsekvenser af det øgede økonomiske ansvar (afsnit 6.4), hvor der nævnes eksempler på, at kassetænkning kan føre til forringede patientforløb og forringelser i uddannelsen.

Andre er af den opfattelse, at incitamenterne endnu er så små, at konsekvenser er begrænsede, men at man godt kan forestille sig, at der ville blive konsekvenser, såfremt man havde en større grad af takststyring, og såfremt takststyringen anvendes over mange år.

Sammenfatning vedrørende konsekvenser for kvaliteten

Interviewene tyder ikke på, at takststyringen har haft negative konsekvenser for den faglige kvalitet. Men økonomiske overvejelser kan have ført til, at man nøjere overvejer hvilke undersøgelser og behandlinger man tilbyder en patient, og dermed risiko for "skimping"(23). Såfremt behandlingsforløb ændres, er det et udtryk for, at man stiller spørgsmål ved indikationerne, og det har tilsyneladende ingen konsekvenser for behandlingskvaliteten. Det bemærkes dog, når en patient sættes i en meget dyr behandling.

Når kvaliteten tilsyneladende ikke påvirkes af takststyringen, kan det skyldes, at incitamenterne endnu er små, og at de lægefaglige hensyn (endnu) vejer tungere end de økonomiske.

7.5 Er det gået ud over ligheden?

Forskelle i fortjenesten på patienter i forskellige DRG-grupper, samt forskelle i fortjenesten på patienter inden for samme patientgruppe, kan indebære en risiko for, at økonomiske hensyn og ikke patientens behandlingsbehov kommer til bestemme, hvilke patienter der behandles i sygehusvæsenet. Dermed bringes målsætningen om lighed i adgangen til sygehusbehandling i fare, idet lighed her er defineret som samme adgang til behandling for ens behandlingsbehov (om forskellige definitioner af lighed i relation til sundhedsydelser se fx (24)).

Dette afsnit undersøger, gennem de interviewedes udtalelser, om indførelse af takststyring har haft negative konsekvenser for ligheden. Førrige afsnits kritik af den kvalitative metodes anvendelighed gælder også i relation til måling af lighed, hvor man måske i endnu højere grad end ved måling af kvalitet risikerer, at udtalelserne vil afspejle moralske holdninger frem for reelle konsekvenser. Hensigten med afsnittet er derfor at afdække nogle mulige konsekvenser for lighed samt nogle årsager til disse konsekvenser.

Alle de interviewede klinikere afviser, at økonomiske hensyn bestemmer, hvilke patienter de behandler i deres afdeling, men at det sikkert godt kan finde sted på andre afdelinger. For dem spiller det faglige hensyn den største rolle for, i hvilken rækkefølge patienterne blev behandlet.

Mange giver dog samtidig udtryk for, at man ikke kan afvise, at det vil kunne forekomme. Næsten alle nævner, at de har haft konkrete overvejelser, men at de ud fra lægefaglige hensyn alligevel har afstået fra at gøre det. En af overlægerne nævner således, at afdelingen har haft overvejelser i retning af at operere nogle patienter med lav DRG-værdi frem for nogle med høj DRG-værdi (for at undgå at støde ind i produktionsloftet (kap 6.1)). Men ved nærmere eftertanke gjorde man det ikke, da patienterne med den høje DRG-værdi var de mest syge, og at det derfor kvalitetsmæssigt og lægefagligt ville være forkert. En anden nævner, at vedkommende måske nok ville tænke mere økonomisk, hvis det økonomiske pres blev tilstrækkeligt stort.

De interviewede administrationsfolk udtrykker tillid til, at økonomiske hensyn ikke vil påvirke lægernes prioriteringer. Det er økonomer, der har den slags overvejelser, og ikke læger. En administrator giver dog udtryk for, at det jo er paradoksalt, at regeringen i takststyringsrapporten på den ene side forventer, at økonomiske incitament virker, når det gælder aktiviteten, men ikke når det gælder den lægelige prioritering: *"så er der ophøjet lægeetik"*.

Når man ikke prioriterer patienterne ud fra økonomiske hensyn, kan det skyldes, at de lægefaglige hensyn vejer tungere end de økonomiske. Men hvis de økonomiske incitament bliver store nok, synes der at være en risiko for, at de faglige målsætninger får større vægt. Det ses af tiltag inden for fritvalgsområdet (jf. kap 6.2), hvor taksterne er høje (100% DRG-værdi), og hvor de potentielle økonomiske konsekvenser af aktivitetsændringer – i hvert fald på amtsniveau – kan være store.

Sammenfattende vedrørende lighed

Ikke overraskende fremgår det af udtalelserne fra de interviewede, at takststyringen ikke har haft negative konsekvenser for ligheden i adgang til sygehusbehandling, men klinikerne er dog bevidste om muligheden for at lade økonomiske overvejelser styre prioriteringen af, i hvilken rækkefølge patienterne behandles. Når man tilsyneladende er tilbageholdende med at selekttere patienter, kan det skyldes, at de lægefaglige hensyn også på dette felt tilsyneladende (endnu) vejer tungere end de økonomiske. Således synes økonomiske hensyn at spille en relativt større rolle inden for fritvalgsområdet, hvor de økonomiske gevinstmuligheder på amtsniveau kan være betydelige.

8. Konklusion og anbefalinger

8.1 Erfaringer efter 1 år med takststyring

Resultatet efter det første år med takststyring har vist, at takststyring ikke isoleret set har medført en øget aktivitet i sygehusvæsenet. Nok er der sket en stigning i produktionsværdien målt i DRG-point og i antallet af behandlede patienter, men denne stigning er ikke større end stigningerne i de foregående år. Til gengæld har kontrollen med sygehusudgifterne heller ikke været ringere end i foregående år. Nok har der været budgetoverskridelser på sygehusene, men det er ikke en ny forteelse. Dog indebærer den øgede opmærksomhed på aktiviteten en fare for, at opmærksomheden på økonomien mindskes. Sygehusenes bestræbelser for at forbedre produktiviteten er fortsat, men indsatsen er næppe intensiveret væsentligt. Til gengæld synes takststyringen ikke at have medført tiltag, der kan forringe behandlingskvaliteten eller patienternes lighed i adgangen til behandling. Indførelse af takststyring har med andre ord ikke haft den store effekt, året har langt hen ad vejen lignet de foregående år med mulighed for, at amterne har kunnet få udbetalt midler fra regeringens meraktivetsspulje i takt med, at de præsterede en meraktivitet.

Når konsekvenserne af takststyringen har været begrænset, skyldes det, at de økonomiske incitamenter er små. Det relativt lave loft for udbetalinger gør, at de økonomiske gevinstmuligheder er begrænsede. De begrænsede økonomiske incitamenter indebærer, at faglige målsætninger vejer tungere end de økonomiske målsætninger, når klinikerne træffer deres beslutninger. Samtidig overskygges takststyringen af andre dagsordner som fx strukturreformen.

De fulde konsekvenser af takststyringen er dog næppe slået igennem på blot ét år. En række af takststyringens "børnesygdomme", fx uhensigtsmæssige takststyringsmodeller vil blive overstået efter en læreperiode, og dermed på længere sigt i mindre grad udgøre en barriere for takststyringens succes. Omvendt vil en række barrierer for takststyringens succes – fx faldende opbakning til ABF – som princip først få effekt på længere sigt, ligesom fremtidige nye tiltag inden for sygehusvæsenet – fx øget fokus på sundhedscentre og sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer – vil kunne overskygge og dermed mindske effekten af takststyring. Resultaterne fra Sverige (25) viste, at korttidsvirkningerne afveg betydeligt fra langtidsvirkningerne. Indførelse af ABF i Stockholm resulterede i de første år i en aktivitets- og produktivitetstigning, der efter få år afløstes af et fald i såvel produktion og produktivitet, et fald der af nogle forskere tolkes som langtidseffekten af indførelse af ABF.

Ikke desto mindre tyder erfaringerne fra fritvalgsområdet på, at takststyring potentielt indebærer mulighed for en række tilsigtede såvel som utilsigtede konsekvenser, blot incitamentene bliver store nok. En forøgelse af incitamentene gennem fx et større økonomisk råderum, kombineret med højere takster og ufravigelige regler om at overskud og underskud overføres til efterfølgende budgetår, må forventes at medføre aktivitetsstigninger gennem iværksættelse af egentlige meraktivitetsprojekter. Der må desuden forventes positive effekter på produktiviteten, fx i form af arbejdsdeling med bedre kapacitetsudnyttelse til følge. Men de øgede økonomiske incitament er indekberer dog også en risiko for selektering af patienterne ud fra økonomiske hensyn samt øget kassetænkning, der kan gå ud over samarbejdet på tværs af afdelinger.

En mere udbredt anvendelse af takststyring stiller imidlertid sygehusvæsenet over for en række udfordringer. I det omfang takststyring praktiseres over sygehusafdelinger, må det sikres, at der er enighed om afdelingernes aktivitetsbudgetter, samt at der er en realistisk sammenhæng mellem aktivitets- og udgiftsbudgetter. Ufravigelig overførsel af hele eller dele af overskud/underskud er kun meningsfuld, når begge parter, dvs. afdeling og sygehus/forvaltning, har tillid til budgettet. Samtidig skal der være en sammenhæng mellem den anvendte takststyringsmodel og omkostningernes variabilitet.

Derudover må det sikres, at der udvikles relevante og tidstro opfølgningssystemer, således at afdelingerne/sygehusene har en realistisk mulighed for at styre aktivitetsniveauet. Dette forudsætter, at budgetrammer udmeldes ved årets begyndelse, og at aktivitetsopfølgning ligeledes foregår allerede fra årets start. Derudover indebærer det, at færdigregistrering af patienter fremskyndes, således at aktivitetsopfølgningen er opdateret.

Endelig forudsætter en mere udbredt anvendelse af aktivitetsbaseret finansiering, at der iværksættes initiativer til at undgå takststyringens utilsigtede konsekvenser i form af forringelse af kvalitet og lighed. Sådanne initiativer kan fx være at indbygge en kvalitetsdimension i afregningen over for sygehusene (se fx (26;27)) eller ved sideløbende med takststyringen at opretholde en form for kontraktstyring, som regulerer kvalitets- og servicemål.

ABF bygger på den antagelse, at økonomiske incitament er vil påvirke de beslutninger, der træffes på sygehuset/afdelingerne, fx beslutninger vedrørende omfanget af aktivitet. Dermed bygger ABF indirekte på den forudsætning, at beslutningstagerne har mulighed for at styre aktiviteten. Muligheden for at styre aktiviteten foreligger på kirurgiske afdelinger, men kun i begrænset omfang i medicinske afdelinger, der ofte er kendetegnet ved, at næsten alle patienter indlægges akut. Så mens de kirurgiske afdelinger aktivt, via ventelister, kan sikre, at de når deres aktivitetsbudget, lige-

som de kan styre, at aktiviteten ikke overskrider loftet, er de medicinske afdelinger i vidt omfang overladt til passivt at se på, at deres indtægt udvikler sig i takt med strømmen af akutte patienter i afdelingen. Takststyring synes derfor at være et velegnet styringsinstrument i kirurgiske, men mindre velegnet i medicinske afdelinger.

8.2 Anbefalinger

For at sikre at målsætningerne med takststyring nås, anbefales følgende:

- Sygehusenes og afdelingernes mulighed for at styre aktivitet og økonomi bør forbedres gennem tidstro aktivitetsopfølgning, der starter allerede ved årets begyndelse. Dette forudsætter, at patienterne løbende færdigregistreres, hvilket i øvrigt vil lette arbejdsindsatsen ved årsafslutningen.
- En eventuel udvidelse af den takststyrede andel af sygehusenes bevillinger, f.eks. til 50% som foreslået af regeringen, bør ikke omfatte afdelingsniveau, da andelen af afdelingernes omkostninger, der er variable på kort sigt, typisk er væsentligt lavere end 50%.
- Takststyring bør følges op af initiativer til sikring af kvalitet og lighed. Dette kan f.eks. ske gennem indarbejdelse af en kvalitetsdimension i afregningen, eller ved løbende monitorering af kvaliteten.
- Det bør sikres, at det politiske såvel som det administrative fokus på takststyringen bevares.

Referenceliste

- (1) Amternes økonomi 2004. Finansministeriet, 2004.
- (2) Takststyring på sygehusområdet. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003.
- (3) Ankjær-Jensen A, Bue Rath M. Takststyring af sygehuse. 1. delrapport: Implementering af taksstyringsmodeller i 4 amter. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2004. (DSI rapport 2004.08).
- (4) Bilag til Amternes økonomi 2004. Finansministeriet, 2004.
- (5) Kværner KJ. Tankevekkende tilpasning av øre-nese-hals-kirurgi. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124(21):2743-2745.
- (6) Physician-Owned Specialty Hospitals. Report to the Congress, March 2005. Washington: Medpac, 2005.
- (7) Bech M. Review and evaluation of economic models of hospital addressing reimbursement questions. Choice of hospital reimbursement scheme: Incentives and tradeoffs, Ph.D. thesis. Odense: University Press of Southern Denmark, 2004.
- (8) Jegers M, Kesteloot K, De Graeve D, Gilles W. A typology for provider payment systems in health care. Health Policy 2002; 60(3):255-273.
- (9) Lee ML. A conspicuous production theory of hospital behavior. Southern Economic Journal 1971; 38:48-58.
- (10) McGuire A. The theory of the hospital: a review of the models. Soc Sci Med 1985; 20(11):1177-1184.
- (11) Newhouse JP. Toward a theory of nonprofit institutions. An economic model of a hospital. American Economic Review 1970; 60(1):64-74.
- (12) Sabatier PA, Mazmanian DA. The Implementation of Public Policy: A Framework of Analysis. In: Mazmanian DA, Sabatier PA, editors. Effective Policy Implementation. Lexington, Mass.: Lexington books, 1981: 3-35.
- (13) Winter S. Integrating Implementation Research. In: Palumbo D, Calista D, editors. Implementation and the Policy Process: Opening the Black-Box. N.Y. Westport Ct.: London: Greenwood Press, 1990: 19-38.
- (14) Kvale S. Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels Forlag, 1997.
- (15) Rasmussen JH, Gjørup T. Kan indlæggelser på et sundhedscenter af akutte medicinske patienter erstatte indlæggelse på hospital? Ugeskrift for læger 2003; 2003(48).
- (16) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Cirkulære om udbetaling af statstilskud i 2005 til øget aktivitet på sygehusområdet m.v. 2004.
- (17) Ankjær-Jensen A. DRG – afregning af frit valgs-patienter – konsekvenser for udbydelse af sygehjælp. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2002. (DSI rapport; 2002.04).
- (18) H:S, Amdrætsforeningen, Sundhedsstyrelsen, Finansministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Evaluering af takststyring på sygehusområdet. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005.
- (19) Juhl Nielsen K. Takststyring af sygehuse i Danmark. København: Det Kommunale Kartel, 2005.

- (20) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Aktivitetsbestemt finansiering i Danmark. Foreløbige erfaringer. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002.
- (21) Olesen OB, Petersen NC. Måling af sygehusets produktivitet – En anvendelse af DEA-metoden og DRG-systemet. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 1999.
- (22) Hagen TP, Iversen T, Magnussen J. ISF og sykehusenes effektivitet. Erfaringer fra 1997 og 1998. Oslo: Helseøkonomisk Forskningsprogram, Universitetet i Oslo, 2004. (Skriftserie 2000: 1).
- (23) Ellis RP. Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. *J Health Econ* 1998; 17(5):537-555.
- (24) Alban A, Danneskjold-Samsøe B, Christensen JK, Knudsen MS, Sørensen J. Sundhedsøkonomi. Principper og perspektiver. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 1999. (DSI-rapport 99.01).
- (25) Charpentier C, Samuelson LA. Effekter av en sjukvårdsreform. En analys av Stockholmsmodellen. Stockholm: Nerenius & Santérus Förlag, 1999.
- (26) Corrigan K, Ryan RH. New reimbursement models reward clinical excellence. *Healthc Financ Manage* 2004; 58(11):88-92.
- (27) Miller ME. Pay for performance in Medicare. Before the Committee on Finance, July 27. 2005. Medpac, 2005. (Testimoy).

Bilag 1. Interviewrammer

Interviewramme afdelingsniveau

Tema	Spørgsmål
Overordnede vurderinger	<p>Når du ser tilbage på det år der er gået, hvad har så været:</p> <ul style="list-style-type: none"> - det bedste ved takststyringen? - det værste ved takststyringen?
Resultater	<p>Hvordan er det gået med aktiviteten i afdelingen i 2004?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nået loftet - Nået "normalbudget" - Overskredet loftet? - Hvornår nåedes loftet? - Hvad gjorde I da I nåede loftet? <p>Hvordan er det gået med afdelingens økonomi?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Har I holdt budgettet? <p>Hvis nej, hvad er årsagen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - For højt aktivitetsniveau - Problemer med beregning af baseline? <p>Må afdelingen beholde evt. overskud/skal afdelingen dække evt. underskud?</p> <p>Hvis ja,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvad vil I bruge overskud til/ - Hvordan vil I dække underskud? <p>Hvis nej,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvad er din holdning til det? - Hvilke konsekvenser har det for opfyldelse af målsætningen med takststyring?
Barrierer	<p>Hvad er årsagen til evt. for lavt aktivitetsniveau?</p> <ul style="list-style-type: none"> - personalemangel - patientmangel - beslutningskompetence - kapacitetsmangel <p>Hvornår kendte afdelingen sit produktionsloft?</p> <p>Hvad har den sene udmelding af produktionsvilkår betydet?</p>

Tema	Spørgsmål
Model, DRG-system, incitament	<p>Hvordan har modellen fungeret i praksis?</p> <p>Har modellen været forståelig?</p> <p>Har taksterne dækket marginalomkostningerne (udby i forhold til afregningsmodel)?</p> <p>Hvordan har DRG-systemet alt i alt fungeret som afregningssystem?</p>
Styringsredskaber	<p>Hvilke betydning har takststyring haft for den tid afdelingsledelsen bruger på administrativt arbejde?</p> <p>Har opbakningen fra administrationen været tilstrækkelig?</p> <p>Har budget- og aktivitetsopfølgingsværktøjer været gode nok?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indhold - Timing
Handlinger	<p>Har takststyring givet anledning til at afdelingen har iværksat nogle ting i løbet af året som I ellers ikke ville have iværksat?</p> <p>Har afdelingen fået bedre kendskab til omkostningerne på forskellige patientgrupper i løbet af året?</p> <p>Hvad har afdelingen gjort for at styre aktiviteten?</p> <p>Har afdelingen været i stand til at styre aktiviteten?</p> <p>Har takststyring givet anledning til at afdelingen i løbet af året har iværksat ændrede behandlingsprogrammer for patientkategorier?</p>
Produktivitet	<p>Har takststyring betydet at afdelingen er blevet mere omkostningsbevidst?</p> <p>Synes du at takststyring har forbedret produktiviteten i afdelingen?</p>
Kvalitet	<p>Tror du at takststyring vil påvirke liggetiden i sygehusvæsenet generelt?</p> <p>Tror du at takststyring betyder at man undlader nogle undersøgelser eller behandlinger for visse patientkategorier?</p> <p>Tror du at takststyring har påvirket behandlingskvaliteten i sygehusvæsenet?</p> <p>Hvis ja, hvad kan man gøre for at sikre kvaliteten?</p>

Tema	Spørgsmål
Lighed	<p>Tror du at økonomiske overvejelser har haft indflydelse på hvilke patientkategorier der er blevet behandlet i sygehusvæsenet efter indførelsen af takststyring?</p> <p>Inden for litteraturen om konsekvenser af DRG-finansiering optræder begreberne Skimming/Dumping, dvs. at man forsøger at tiltrække de letteste patienter eller at undgå de tungeste patienter inden for en DRG-gruppe. Er det konsekvenser du tror gælder i Danmark?</p> <p>Kender du til eksempler på at det har været tilfældet?</p> <p>Har økonomiske overvejelser haft indflydelse på hvilke patienter der er blevet behandlet i din afdeling?</p>
Andre konsekvenser	<p>Et andet begreb i litteraturen om konsekvenser af indførelse af DRG-afregning er creep, dvs. at man ændrer diagnosekodningen så patienterne kommer i en DRG-gruppe. Har takststyring haft konsekvenser for registreringspraksis i din afdeling?</p>
Afsluttende bemærkninger	<p>Er der andre konsekvenser af takststyring end dem vi har været inde på?</p> <p>Hvad er din holdning til takststyring i dag?</p> <p>Hvad skal man gøre for at forbedre takststyringen?</p> <p>Andre afsluttende kommentarer?</p>

Interviewramme sygehusniveau

Tema	Spørgsmål
Overordnede vurderinger	<p>Når du ser tilbage på det år der er gået, hvad har så været:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det bedste ved taktstyringen? - Det værste ved taktstyringen?
Resultater	<p>Hvordan er det gået med aktiviteten på sygehuset i 2004. Har sygehuset samlet set</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nået loftet - Nået "normalbudget" - Overskredet loftet? <p>Har der været forskel imellem afdelingerne?</p> <p>Hvordan er det gået med sygehusets økonomi?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forventer I at holde budgettet? <p>Hvis nej, hvad er årsagen til budgetoverskridelse?</p> <ul style="list-style-type: none"> - For høj aktivitet? - Problemer med beregning af baseline <p>Må sygehuset beholde evt. overskud/skal sygehuset dække evt. underskud?</p> <p>Hvis ja,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvad vil I bruge overskud til? - Hvordan vil I dække underskud? <p>Hvis nej,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvad er din holdning til det? - Hvilke konsekvenser har det for opfyldelse af målsætningen for taktstyring (aktivitetsstigning, produktivetsforbedring)?
Barrierer	<p>Årsager til evt. for lavt aktivitetsniveau?</p> <ul style="list-style-type: none"> - personalemangel - patientmangel - beslutningskompetence - kapacitetsmangel <p>Hvornår kendte sygehuset sit produktionsloft?</p> <p>Hvad har den sene udmelding af produktionsvilkår betydet?</p>

Tema	Spørgsmål
Model, DRG-system, incitamenter	<p>Hvordan har modellen fungeret i praksis?</p> <p>Har modellen været forståelig?</p> <p>Har taksterne dækket sygehusets marginalomkostninger (udby i forholdt til takstmodel)?</p> <p>Hvordan har DRG-systemet alt i alt fungeret som afregningssystem?</p>
Styringsredskaber	<p>Hvad har takststyringen betydet for arbejdsbelastningen i administrationen?</p> <p>Har opbakningen fra forvaltningen været tilstrækkelig?</p> <p>Har budget- og aktivitetsopfølgingsværktøjer været gode nok?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indhold - Timing
Handlinger	<p>Har takststyring givet anledning til at sygehusledelsen/administrationen har iværksat nogle ting i løbet af året som I ellers ikke ville have iværksat?</p> <p>Har sygehusledelsen/administrationen fået bedre kendskab til omkostningerne på forskellige patientgrupper i løbet af året?</p> <p>Hvad har sygehusledelsen/administrationen gjort for at styre aktiviteten?</p> <p>Har sygehuset været i stand til at styre aktiviteten?</p> <p>Har takststyring givet anledning til at sygehusledelsen/administrationen i løbet af året taget initiativ til at ændre behandlingsprogrammer for patientkategorier?</p>
Produktivitet	<p>Har takststyring betydet at sygehusledelsen/administrationen er blevet mere omkostningsbevidst?</p> <p>Synes du at takststyring har forbedret produktiviteten på sygehuset?</p>
Kvalitet	<p>Tror du at takststyring vil påvirke liggetiden i sygehusvæsenet generelt?</p> <p>Tror du at takststyring betyder at man undlader nogle undersøgelser eller behandlinger for visse patientkategorier?</p> <p>Tror du at takststyring har påvirket behandlingskvaliteten i sygehusvæsenet?</p> <p>Hvis ja, hvad kan man gøre for at sikre kvaliteten?</p>

Tema	Spørgsmål
Lighed	<p>Tror du at økonomiske overvejelser har haft indflydelse på hvilke patienter der er blevet behandlet, efter indførelse af takststyring?</p> <p>Inden for litteraturen om konsekvenser af DRG-finansiering optræder begreberne Skimming/Dumping, dvs. at man forsøger at tiltrække de letteste patienter eller at undgå de tungeste patienter inden for en DRG-gruppe. Er det konsekvenser du tror man vil kunne finde i Danmark?</p> <p>Kender du til eksempler på at det har været tilfældet?</p> <p>Har økonomiske overvejelser haft indflydelse på hvilke patienter der er blevet behandlet på jeres sygehus?</p>
Andre konsekvenser	<p>Et andet begreb i litteraturen om konsekvenser af indførelse af DRG-afregning er creep, dvs. at man ændrer diagnosekodningen så patienterne kommer i en DRG-gruppe. Har takststyring haft konsekvenser for registreringspraksis på amtets sygehuse?</p>
Afsluttende bemærkninger	<p>Er der andre konsekvenser af takststyring?</p> <p>Hvad er din holdning til takststyring i dag?</p> <p>Hvad skal man gøre for at forbedre takststyringen?</p> <p>Andre kommentarer?</p>

Interviewramme forvaltningsniveau

Tema	Spørgsmål
Overordnede vurderinger	<p>Når du ser tilbage på det år der er gået, hvad har så været:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det bedste ved takststyringen? - Det værste ved takststyringen?
Resultater	<p>Hvordan er det gået med aktiviteten i 2004?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Har alle sygehusene nået "normal-aktiviteten" - Har alle sygehusene nået loftet? - Har nogle af sygehuse overskredet loftet? <p>Hvordan er det gået med sygehusenes økonomi?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Overholder sygehusene deres budgetter? <p>Hvis nej, hvad er årsagen til budgetoverskridelse?</p> <ul style="list-style-type: none"> - For høj aktivitet? - Problemer med beregning af baseline? <p>Får sygehusene lov til at beholde evt. overskud/skal sygehusene dække evt. underskud?</p> <p>Hvis nej</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvad er årsagen? - Hvilke konsekvenser tror du at det har for opfyldelse af målsætningerne med takststyring (øget aktivitet, højere produktivitet)?
Barrierer	<p>Årsager til evt. for lavt aktivitetsniveau?</p> <ul style="list-style-type: none"> - personalemangel - patientmangel - beslutningskompetence - manglende kapacitet <p>Hvornår kendtes / meldtes produktionsloftet ud til sygehusene?</p> <p>Hvad har den sene udmelding af produktionsvilkår betydet?</p>
Model, DRG-system, incitament	<p>Hvordan har modellen fungeret i praksis?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teknisk? - Styringsmæssigt i relation til amtets overordnede mål for sygehusvæsenet? <p>Hvordan har DRG-systemet alt i alt fungeret som afregningssystem?</p>

Tema	Spørgsmål
Styringsredskaber	<p>Hvad har takststyringen betydet for arbejdsbelastningen i sundhedsforvaltningen?</p> <p>Set i relation til at takststyring medfører nogle helt ny styringsparametre for sygehusene og afdelingerne, hvad har forvaltningen så gjort for at bakke sygehusene og afdelingerne op?</p> <p>Har budget- og aktivitetsopfølgingsværktøjer været gode nok?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indhold - Timing
Handlinger	<p>Har takststyring givet anledning til at forvaltningen har iværksat nogle ting i løbet af året som I ellers ikke ville have iværksat?</p> <p>Har forvaltningen fået bedre kendskab til omkostningerne på forskellige patientgrupper i løbet af året?</p> <p>Hvad har forvaltningen gjort for at styre aktiviteten?</p> <p>Har sygehusene været i stand til at styre aktiviteten?</p> <p>Har indførelse af takststyring medført at forvaltningen i løbet af året har taget initiativ til at ændre behandlingsprogrammer for patientkategorier?</p>
Produktivitet	<p>Er det din opfattelse at takststyring har betydet at sygehusledelserne/afdelingsledelserne er blevet mere omkostningsbevidste?</p> <p>Tror du at takststyring har forbedret produktiviteten på sygehusene?</p>
Kvalitet	<p>Tror du at takststyring vil påvirke liggetiden i sygehusvæsenet generelt?</p> <p>Tror du at takststyring betyder at man undlader nogle undersøgelser eller behandlinger for visse patientkategorier?</p> <p>Tror du at takststyring har påvirket behandlingskvaliteten i sygehusvæsenet?</p> <p>Hvis ja, hvad kan man gøre for at sikre kvaliteten?</p>

Tema	Spørgsmål
Lighed	<p>Tror du at økonomiske overvejelser har haft indflydelse på hvilke patienter der er blevet behandlet?</p> <p>Inden for litteraturen om konsekvenser af DRG-finansiering optræder begreberne Skimming/Dumping, dvs. at man forsøger at tiltrække de letteste patienter eller at undgå de tungeste patienter inden for en DRG-gruppe. Er det konsekvenser du tror gælder i Danmark?</p> <p>Kender du til eksempler på at det har været tilfældet?</p> <p>Har økonomiske overvejelser haft indflydelse på hvilke patienter der er blevet behandlet på jeres sygehuse?</p>
Andre konsekvenser	<p>Et andet begreb i litteraturen om konsekvenser af indførelse af DRG-afregning er creep, dvs. at man ændrer diagnosekodningen så patienterne kommer i en DRG-gruppe. Har takststyring haft konsekvenser for registreringspraksis på amtets sygehuse?</p>
Afsluttende bemærkninger	<p>Er der andre konsekvenser af takststyring end dem vi har været inde på?</p> <p>Hvad er din holdning til takststyring i dag?</p> <p>Hvad skal man gøre for at forbedre takststyringen?</p> <p>Andre afsluttende kommentarer?</p>

Bilag 2. Takststyringsmodeller

Takststyringsmodeller i de 4 amter der indgår i projektet.

Definitioner:

Normalbudget: Det aktivitets- og bevillingsniveau som sygehuset ville have haft under normal ramme-/kontraktstyring. Normalgrundbudgettet betegnes i mange amter som "baseline".

Grundbudget: Det aktivitetsniveau med tilhørende grundbevilling hvor takstfinansieringen starter.

Loft: betegner den maksimale bevilling, der kan udbetales.

Modeller på sygehusniveau

	Grundbudget/ Normalbudget	Takster	Takst- differentiering	Knæk- takster	Loft
Århus	Grundbudget = normalbudget Budgettet reguleres opad eller nedad	60% af DRG	Nej Dog forlods bevilling til visse projekter	Nej	Ja
Nord- jylland	Grundbudget = 70% af normal aktivitet	70% af DRG op til normal budget, derefter 10% Særlige takster for projekter på positivliste	Ja	Ja	Ja
Roskilde	Grundbudget ved 0 aktivitet Grundbevilling = 30% af normalbevilling	70% af DRG	Nej	Nej	Ja

Note: Frederiksborg Amt har ikke noget "sygehusniveau", men kun et forvaltnings- og funktionsniveau.
Kilde: 1. delrapport (3).

Modeller på afdelingsniveau

	Grundbudget/ Normalbudget	Takster	Takst- differentiering	Knæk- takster	Loft
Århus	Grundbudget = normalbudget Der reguleres opad eller nedad	50% af DRG	Nej	Nej	Ja
Nord- jylland	Grundbudget = normalbudget Der reguleres opad eller nedad	70% nedad - 10% opad Særlige takster for positivliste	Ja	Ja	Ja for positivliste Nej for øvrig aktivitet
Roskilde	Grundbudget ved 0% af aktiviteten Grundbevilling 30% af normalbevilling	Varierende andele af DRG	Nej	Nej	Ja
Fr.borg Amt	Grundbudget ved 83% af aktiviteten	Varierende andele af DRG	Nej	Nej	Ja

Kilde: 1. delrapport (3).

Takststyring af sygehuse

2. delrapport: Erfaringer efter et år med takststyring

Takststyring på sygehuse ændrer ikke så meget – heller ikke til det værre

De økonomiske incitamenter i det første år med takststyring af de offentlige sygehuse har været så små, at det ikke rigtigt har flyttet noget. Hverken til det bedre eller til det værre.

Takststyring betyder, at sygehusenes budgetter og dermed økonomiske råderum afhænger af den gennemførte aktivitet. Mange har håbet, at antal sygehusbehandlinger og produktivitet øges, når den ekstra indsats belønnes. Sygehusbehandlingerne er steget i antal, men stigningen har ikke været større end foregående år – før der kom takststyring.

Der har været forskellige indkøringsproblemer. Det er ikke så let i praksis at bestemme det 'normale' aktivitetsniveau, dvs. det niveau betalte aktivitetsudvidelser defineres ud fra. Det materiale, der viser hvor afdelingerne ligger rent aktivitetsmæssigt og dermed økonomisk, er flere måneder forsinket, fordi de grundlæggende patientregistreringer er forsinkede. Alle disse irritationsmomenter er nok en af årsagerne til, at det sundhedsfaglige personales og ledernes meget optimistiske og forventningsfulde holdning til takststyring er blevet kølnet noget her efter et års erfaringer.

Rapporten viser, at der er mange muligheder i mere takststyring af sygehusene, men der er også nogle utilsigtede konsekvenser. De bevillende myndigheder skal have nogen snor i skattekroneerne. Derfor sættes forskellige lofter for den produktion, sygehusene får betaling for. Og det svækker selvfølgelig de økonomiske incitamenter, så virkningerne af takststyring bliver til at overse. Til gengæld har man altså heller ikke set de budgetoverskridelser, som nogle havde frygtet.

Sygehuslægerne mener ikke selv, at takststyring har ført til udvælgelse af patienter efter forventet overskud. Sygehuset får en fast takst for en bestemt slags operation, uanset hvad patienten faktisk koster at behandle, og nogle har frygtet, at snævre økonomihensyn kan føre til, at man vælger de billigste patienter, eller at man slækker lidt på kvaliteten. Sådan er det ikke blevet i Danmark. Noget tyder på, at både gagn og skade hænger sammen med graden af renhed i takststyringen og dermed styrken af incitamenterne. Taksterne er højere på fritvalgsområdet, og her kan de økonomiske hensyn ikke udelukkes.